الجامعة الإسلامية – غزة
عمادة الدراســات العليا
كليـــة التربيـــــة
قســم علـم النفـــس

" التدخين وعلاقته بمستوى القلق، و بعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة "

إعداد الطالب
يوسف مصطفى سلامة عوض الله

إشراف الدكتور
عاطف عثمان الأغا

رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس

صفر ١٤٢٩ هـ - فبراير ٢٠٠٨ م

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَلَا تَقْتُلُوٓا۟ أَنفُسَكُمْ إِنَّ ٱللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا ﴾

(النساء : ٢٩)

إهداء

إلى رمزي الحنان والعطاء . . . .

إلى والدي العظيم . . . . إلى والدتي الحنون . . . .

إلى إخواني رمز الوفاء . . . . وأخص بالذكر أسامة

إلى أخواتي الفضليات . . . . وأخص بالذكر أميمة الكريمة صاحبة الفضل .

إلى زوجتي "أم العبد" قرة عيني .

إلى ابنتي الغالية ماريا . . . . وولديّ عبد الرحمن وعبد الله .

إلى الشهداء الأبرار

إلى كل من ساهم في هذا الجهد المتواضع .

سائلاً المولى عز وجل أن يتقبله وينفع به .

شكر و تقدير

- **أتقدم أولا بالحمد و الشكر لله** الذي أعانني على إنجاز هذا العمل .
- كما و أتقدم بجزيل الشكر و العرفان لأستاذي و معلــــــمي الدكتور/ عاطف عثمان الأغا – حفظه الله ، الذي تفضل بقبول الإشراف على هذه الرسالة.
- كما أوجه شكري و تقديري إلى أساتذتي الكرام أعضاء لجنة المناقشة : الدكتور أشرف الجدي و الدكتور جميل الطهراوي.

و أوجه شكري و تقديري إلى ....

- الجامعة الإسلامية التي احتضنتني طالبا في الماجستير .
- الهيئة التدريسية في قسم علم النفس الذين كان لهم الفضل العظيم في طلب العلم .

و أدخر شكرا خاصا إلى ....

- أساتذتي الدكتور نمر أبو زرقة و الدكتور عايش سمور اللذين ساعداني في إتمام البحث.
- أخي أبو الحسن الذي ساعدني في طباعة هذا البحث.
- أخي الأستاذ علاء الدين جربوع الذي نقح هذا البحث و ساعدني في الترجمة.

و لن أنسى ....

- أختي الحبيبة أميمة التي ساعدتني في التغطية المادية في سبيل انجاز هذا البحث .
- كما و أشكر كل من ساعدني في إتمام هذا البحث.

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
قائمة المحتويات.	أ
قائمة الجداول.	ه
قائمة الملاحق .	ز
ملخص الدراسة بالعربية	ط
الفصل الأول : خلفية الدراسة .	١
– المقدمة .	٢
– مشكلة الدراسة .	٤
– أهمية الدراسة .	٦
– أهداف الدراسة	٧
– مصطلحات الدراسة .	٧
– حدود الدراسة .	٩
الفصل الثاني : الإطار النظري .	١٠
المبحث الأول : التدخين .	١٢
– تعريف التدخين .	١٢
– أصناف التدخين .	١٣
– أسباب التدخين.	١٥
– التدخين و الأمراض.	١٦
– توصيات لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية	١٧
– الحكم الشرعي في التدخين.	٢٢
– الإقلاع عن التدخين .	٢٣
المبحث الثاني: القلق النفسي .	٣١
– الفرق بين الخوف والقلق.	٣٣
– فسيولوجية القلق.	٣٥
– سيكولوجية القلق.	٣٦
– التحليل النفسي للقلق.	٣٧
– أعراض القلق .	٣٩

المبحث الثالث : الشخصية.	٤١
- تعريف الشخصية.	٤١
- تعريف السمات.	٤٤
- نظرية السمات عند ألبورت.	٤٦
- فكرة السمات عند كاتل.	٤٨
- فكرة السمات عند أيزنك.	٤٩
- سمات الشخصية من وجهة النظر الإسلامية.	٥٠
الفصل الثالث : دراسات سابقة .	**٥٢**
- دراسات تناولت التدخين.	٥٣
- دراسات تناولت القلق.	٦٢
- دراسات تناولت سمات الشخصية.	٦٥
- تعليق عام على الدراسات السابقة.	٦٧
- فروض الدراسة.	٦٩
الفصل الرابع : إجراءات الدراسة .	**٧١**
- منهج الدراسة.	٧٢
- مجتمع الدراسة.	٧٢
- عينة الدراسة.	٧٢
- أدوات الدراسة.	٧٣
- خطوات الدراسة.	٧٩
الفصل الخامس : عرض و تفسير نتائج الدراسة.	**٨١**
عرض و تفسير نتائج السؤال الأول.	٨٥
عرض و تفسير نتائج السؤال الثاني .	٨٦
عرض وتفسير نتائج الفرض الأول .	٨٨
عرض وتفسير نتائج الفرض الثاني.	٨٩
عرض وتفسير نتائج الفرض الثالث.	٩٢
عرض وتفسير نتائج الفرض الرابع.	٩٣
عرض وتفسير نتائج الفرض الخامس.	٩٥
عرض وتفسير نتائج الفرض السادس.	٩٦
عرض وتفسير نتائج الفرض السابع.	٩٩
عرض وتفسير نتائج الفرض الثامن .	١٠٠
عرض وتفسير نتائج الفرض التاسع .	١٠٢

عرض وتفسير نتائج الفرض العاشر.	١٠٣
عرض وتفسير نتائج الفرض الحادي عشر.	١٠٧
عرض وتفسير نتائج الفرض الثاني عشر.	١٠٨
عرض وتفسير نتائج الفرض الثالث عشر.	١١٠
عرض وتفسير نتائج الفرض الرابع عشر.	١١١
عرض وتفسير نتائج الفرض الخامس عشر.	١١٣
عرض وتفسير نتائج الفرض السادس عشر .	١١٤
تفسير عام لنتائج الدراسة.	**١١٦**
التوصيات.	١١٧
المقترحات	١١٨

المراجع.	١٢٠
المراجع العربية.	١٢١
المراجع الأجنبية.	١٢٧
الملاحق	**١٣٠**
ملحق رقم (١)	١٣١
ملحق رقم (٢)	١٣٨
ملحق رقم (٣)	١٣٩
ملخص الدراسة بالانجليزية	١٤٦

قائمة الجداول

مسلسل	الجدول	الصفحة
(١)	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس القلق والدرجة الكلية للمقياس	٧٤
(٢)	الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ Alpha لمقياس القلق	٧٦
(٣)	معامل الارتباط بين المجموعتين	٧٦
(٤)	معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تقدير الشخصية والدرجة الكلية للمقياس	٧٧
(٥)	الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ Alpha لمقياس تقدير الشخصية	٧٨
(٦)	معامل الارتباط بين المجموعتين	٧٩
(٧)	عينة الدراسة حسب العمر	٨٢
(٨)	عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية	٨٢
(٩)	عينة الدراسة حسب أفراد العينة	٨٢
(١٠)	عينة الدراسة حسب عنوان السكن	٨٣
(١١)	عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	٨٣
(١٢)	عينة الدراسة حسب مكان العمل	٨٣
(١٣)	عينة الدراسة حسب مكان العمل	٨٣
(١٤)	عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة	٨٤
(١٥)	عينة الدراسة حسب عدد سنوات التدخين	٨٤
(١٦)	عينة الدراسة حسب عدد السجائر	٨٤
(١٧)	مجموع الاستجابات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي (ن = ١٨٦)	٨٥
(١٨)	ترتيب كل مجال من مجالات الاستبانة" تبعاً لمجموع الاستجابات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي والترتيب (ن = ١٨٦)	٨٦
(١٩)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير العمر(من ٢٦–٣٥ سنة، من ٣٦–٤٥ سنة ، من ٤٦– ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر) (ن =١٨٦)	٨٨
(٢٠)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير العمر(من ٢٦–٣٥ سنة، من ٣٦–٤٥ سنة ، من ٤٦– ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر)(ن =١٨٦)	٨٩

(٢١)	اختبار شيفيه في العدوان تعزى لمتغير العمر	٩٠
(٢٢)	اختبار شيفيه في الثبات تعزى لمتغير العمر	٩١
(٢٣)	اختبار شيفيه في المجموع تعزى لمتغير العمر	٩١
(٢٤)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(متزوج،أعزب، مطلق). (ن =١٨٦)	٩٢
(٢٥)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(متزوج،أعزب، مطلق). (ن =١٨٦)	٩٣
(٢٦)	اختبار شيفيه في عدم التجاوب الانفعالي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	٩٤
(٢٧)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (من ١–٥ أفراد ، من ٦–٩ أفراد ، أكثر من ١٠ أفراد). (ن =١٨٦)	٩٥
(٢٨)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (من ١–٥ أفراد ، من ٦–٩ أفراد ، أكثر من ١٠ أفراد). (ن =١٨٦)	٩٦
(٢٩)	يوضح اختبار شيفيه في العدوان تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة	٩٧
(٣٠)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المؤهل العلمي(بكالوريوس، ماجستير ، دكتوراه). (ن =١٨٦)	٩٩
(٣١)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المؤهل العلمي(بكالوريوس، ماجستير ، دكتوراه). (ن =١٨٦)	١٠٠
(٣٢)	اختبار شيفيه في العدوان تعزى لمتغير المؤهل	١٠١
(٣٣)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، متطوع).	١٠٢

	(ن =١٨٦)	
(٣٤)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، متطوع). (ن =١٨٦)	١٠٣
(٣٥)	يوضح اختبار شيفيه في عدم الكفاية تعزى لمتغير الجهة المشرفة	١٠٤
(٣٦)	اختبار شيفيه في عدم الثبات الانفعالي تعزى لمتغير الجهة المشرفة	١٠٥
(٣٧)	اختبار شيفيه في النظرة السلبية للحياة تعزى لمتغير الجهة المشرفة	١٠٥
(٣٨)	اختبار شيفيه في الدرجة الكلية تعزى لمتغير الجهة المشرفة	١٠٦
(٣٩)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الخبرة. (ن =١٨٦)	١٠٧
(٤٠)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الخبرة. (ن =١٨٦)	١٠٨
(٤١)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير سنوات التدخين (من ١–١٠ سنوات ، من ١١–٢٠ سنة، أكثر من ٢٠ سنة) (ن =١٨٦)	١١٠
(٤٢)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير سنوات التدخين (من ١–١٠ سنوات ، من ١١–٢٠ سنة، أكثر من ٢٠ سنة) (ن =١٨٦)	١١١
(٤٣)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد السجائر (من ١–١٠ سجائر ، من ١١–٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة) (ن =١٨٦)	١١٣
(٤٤)	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد السجائر (من ١–١٠ سجائر ، من ١١–٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة) (ن =١٨٦)	١١٤
(٤٥)	اختبار شيفيه في الاعتمادية تعزى لمتغير عدد السجائر	١١٥

قائمة الملاحق

الموضوع	الصفحة
رسالة تحكيم المقاييس (الاستبانة في صورتها الأولية)	١٣١
أسماء المحكمون في الاستبانة.	١٣٨
الاستبانة في صورتها النهائية بعد التحكيم	١٣٩

ملخص الدراسة

الباحث : يوسف مصطفى سلامة عوض الله   إشراف : د.عاطف عثمان الأغا

التدخين وعلاقته بمستوى القلق ، وبعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة

هذه الدراسة من أولى الدراسات التي طبقت في فلسطين لتسلط الضوء على المشاكل التي يشعر بها الكثيرون من الأطباء المدخنين والتي تتجلى في العديد من التغيرات النفسية والجسمانية والاجتماعية.إن فهم أسباب القلق لدى الطبيب المدخن ستعمل على تعديل سلوكهم بما ينسجم مع الأخلاقيات الاجتماعية والإسلامية وستساعده على القيام بدوره كطبيب على أكمل وجه .

الهدف من الدراسة :

- الكشف عن مدى تأثير التدخين على مستوى القلق و بعض سمات الشخصية مثل العدوانية ، والانطوائية لدى الأطباء العاملين في المراكز الطبية بقطاع غزة .
- الكشف عن الأضرار الصحية والاقتصادية والاجتماعية والنفسية الناجمة عن التدخين.
- مساعدة المدخنين من الأطباء وغيرهم في التخفيف من مستوى القلق الناجم عن التدخين.
- مساعدة المدخنين من الأطباء وغيرهم في التخفيف من الآثار السلبية الأخرى الناجمة عن التدخين .
- تقديم النصائح والإرشادات للمدخنين من الأطباء وغيرهم من سبل الإقلاع عن التدخين .

مشكلة الدراسة:

- **ما علاقة التدخين بالقلق وبعض سمات الشخصية لمدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة ؟ وينبثق عن هذه المشكلة التساؤلات الفرعية التالية :**

١- ما مستوى القلق السائد لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة ؟

٢- ما أبرز سمات الشخصية لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة ؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى للعمر – للحالة الاجتماعية – عدد أفراد الأسرة – المؤهل العلمي – الجهة المشرفة – الخبرة – عدد سنوات التدخين – عدد السجائر المدخنة يومياً ؟

٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى للعمر – للحالة الاجتماعية – عدد أفراد الأسرة – المؤهل العلمي – الجهة المشرفة – الخبرة – عدد سنوات التدخين – عدد السجائر المدخنة يومياً ؟

عينة الدراسة :

أ- عينة استطلاعية:

تكونت من (٥٤) طبيب للتأكد من وضوح الصياغة اللغوية والتأكد من مناسبة الفقرات بمستوى الأطباء ، ومعرفة المشاكل التي قد يتعرض لها الباحث عند التطبيق النهائي .

ب-عينة فعلية:

- تكونت عينة الباحث من (١٨٦) طبيباً تم اختيارهم بطريقة طبقية عشوائية .

أدوات الدراسة :

- مقياس القلق الصريح لجانيت تايلور (مقتبس من د. مصطفى فهمي).
- مقياس تعزيز الشخصية لبرونر (ترجمه وأعده د. ممدوحة سلامة) .

الأساليب الإحصائية :

قام الباحث باستخدام برنامج الرزم الإحصائية SPSS لتفريغ البيانات ومعالجتها كما يلي :

- معامل ارتباط بيرسون .
- اختيار T.test .
- One way anova

نتائج الدراسة :

- احتل القلق لمدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة على وزن نسبي = ٧١,٧٢%

- أبرز سمات الشخصية لدى المدخنين كانت الاعتمادية بوزن نسبي ٦٢,٩٥% ثم عدم الثبات الانتقالي ٦٢,٥٤% ثم النظرة السلبية للحياة بنسبة ٥٧,٩٧% ثم عدم التجاوب الانتقالي بنسبة ٥٦,٩٢% ثم العدوان بنسبة ٥٤,٣١% .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤٠,٠٥) في مستوى القلق وسمات الشخصية تعزى للحالة الاجتماعية أو عدد أفراد الأسرة أو متغير المؤهل العلمي أو متغير الجهة المشرفة أو متغير الخبرة أو سنوات التدخين أو عدد السجائر .

توصيات الدراسة :

- أن تقوم المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية في معرفة أهم أسباب التدخين لدى الأطباء و محاولة العمل على علاجها بطرق علمية سليمة .
- أن تعاقب وزارة الصحة كل طبيب يقوم بالتدخين داخل أقسام المستشفى وذلك من طريق تأجيل العلاوات وخصم نسبة من الراتب .

مقترحات الدراسة :

- إجراء بحث مسحي ميداني لمعرفة حجم مشكلة التدخين لدى الأطباء بشكل خاص في جميع المراكز الصحية في قطاع غزة .
- القيام بدراسات حول التدخين وعلاقته بالأداء الوظيفي لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة .

الفصل الأول

- المقدمة
- مشكلة الدراسة
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

المقدمة:

يعد علم النفس أحد العلوم الإنسانية الرائدة التي تسعى لخدمة الأفراد لتحقيق التوافق النفسي و التكيف الاجتماعي لهم، فإنه علم يهتم بدراسة كل الأفراد دون تمييز بين جنس أو عرق أو دين أو لون أو مستو اجتماعي . و يعتبر الباحث الدراسات حول التدخين من الموضوعات الهامة، و لقد حاول الكثير من الباحثين وضع مفاهيم و تفسيرات متعلقة بالتدخين، إلا أنه و بحسب اعتقاد الباحث لا يزال الكثير من الغموض يكتنف هذا الموضوع .

إن موضوع التدخين قد أثار اهتمام الهيئات الصحية العالمية مثل هيئة الصحة العالمية (WHO) و الكليات الملكية للأطباء في بريطانيا و الهيئات الطبية في أوروبا و أمريكا و وزارات الصحة في مختلف أنحاء العالم ..و ذلك بعد أن أثبت بما لا يدع مجالا للشك أن التدخين أخطر من أي وباء عالمي و أن عدد الذين يلاقون حتفهم نتيجة التدخين في العالم يبلغون عشرات الملايين في كل عام. كما أن عدد الذين يعيشون حياة تعيسة مليئة بالأسقام أكثر من ذلك بكثير (البار ، ١٩٨٠ : ٩) .

تؤكد الأدلة العلمية أن للتدخين أثرا ضخما في الصحة العامة فالتدخين هو السبب الرئيسي الممكن اتقاؤه من أسباب المرض على الصعيد العالمي ٠ وتقدر منظمة الصحة العالمية أن ثلث عدد البالغين في العالم تقريبا ، أي حوالي مليار ومائة مليون نسمة ، منهم مائتا مليون امرأة يدخنون وتشير الإحصائيات إلى أن قرابة ٤٧% من الرجال ١٢% من النساء في العالم يدخنون ، ففي البلدان النامية يدخن ٤٨% من الرجال ٧% من النساء بينما تبلغ نسبة المدخنين في الدول المتقدمة ٤٢% من الرجال ٢٤ % من النساء و يبقى تدخين السجائر هو السبب الأول للوفاة في الدول المتحضرة، ففي خلال عام ١٩٩٣ قتل التدخين ٤٣٤٠٠٠ شخصا. و يعتبر التدخين هو القاتل لشخص واحد من بين خمسة في الولايات المتحدة الأمريكية (Tierney, ١٩٩٦:٥٥).

ويسبب التبغ أكثر من ثلاثة ملايين ونصف مليون وفاة كل عام أي حوالي عشرة آلاف وفاة كل يوم ويقع أكثر من مليون من هذه الوفيات حاليا في البلدان النامية ، ويقدر أن وباء التبغ العالمي سيؤدي إلى الوفاة المبكرة لعدد يصل إلى ٢٥٠ مليونا من الأطفال والمراهقين الذين يعيشون اليوم في عالمنا ، ويتوقع أن يكون ثلث هؤلاء من البلدان النامية ، ففي الصين مثلا يعيش اليوم حوالي ثلاثمائة مليون من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين شهور قليلة ٢٩ سنة ويقدر أن مائتي مليون من هؤلاء سيصبحون مدخنين وسيؤدي التدخين إلى وفاة حوالي مائة مليون من هؤلاء المدخنين بالأمراض التي يسببها التدخين ، ويتوقع أن تحدث نصف هذه الوفيات في متوسط العمر ، أي قبل بلوغ سن السبعين وتؤكد الأبحاث أن الإقلاع عن التدخين يقلل كثيرا من خطر الإصابة بالأمراض التي يسببها التبغ ، وهذا يعني أن معظم

هذه الوفيات ، أي مائة مليون وفاة يمكن تجنبها بتعزيز جهود الإقلاع عن التدخين على نطاق واسع ويقدر أن التبغ سيصبح في عام ٢٠٠٢ أول سبب للوفاة والعجز في العالم إذ سيقتل التدخين أكثر من عشرة ملايين شخص سنويا أي أنه سيسبب وفيات يزيد عددها على ما يسببه الإيدز والسل ووفيات الأمومة وحوادث السيارات والانتحار وجرائم القتل مجتمعة (البار ، ١٩٨٠ : ١٢).

و رغم هذه المخاطر التي لا يكاد يصدقها العقل إلا أن البشرية لا تزال سادرة في غيها، ولا تزال المصانع تنتج ما معدله سيجارتين لكل شخص على هذه البسيطة، و قد قامت الهيئات الطبية بمجهودات جبارة لتوضيح مخاطر التدخين على الصحة، و بدأت الحكومات تستجيب رويداً رويداً لمطالب هذه الهيئات بالحد من مخاطر التدخين، كما أن هناك حملات قوية لتوعية الجماهير بمخاطر التدخين الماحقة على الصحة (البار ، ١٩٨٠ : ٩- ١٠) .

يرى الباحث و بحكم عمله كطبيب أن التبغ مادة إدمان، وسواء تعاطاه الإنسان تدخينا أو مضغا أو شما فإنه لا يلبث أن يعتاده ويدمن عليه حتى يصعب عليه التخلص منه بعد أن يستيقن من ضرره ويعرف حجم آثاره الوخيمة في صحته، أيضا فإن التبغ مادة ضرر والعجب أن الإنسان يدفع ماله ثمنا لها وهو يعرف أنها تأتيه بالمرض وهي طريق خطر قد يغرى المرء باعتياد المخدرات التي هي أقوى أثر وأسرع تدميرا لصحة الإنسان وإنسانيته.

للأسف الشديد بعض الأطباء يدخنون وقد أكدت بيانات حديثة أن ٤٣ % من الأطباء ، ٦% من الطبيبات يدخنون وفي الولايات المتحدة الأمريكية تبلغ نسبة التدخين بين الأطباء ٣٥ % وفي الطبيبات ٣٠% والحقيقة أنه أمر يدعو للأسف ، فمن غير المعقول أن أحد هؤلاء الأطباء سيمكن له – في الوقت الذي يشعل فيه سيجارة وينفث دخانها –أن ينصح مريضه الجالس أمامه بالإقلاع عن التدخين حفاظاً علي صحته ، و إلا فإن الموقف كله سيكون حينئذ عبثياً وهزلياً ! ولكن بالرغم من ذلك فإن جميع الأطباء– حتى المدخنين منهم – أجمعوا علي أن التدخين ضار جداً بالصحة ويؤدي إلي أمراض القلب والصدر وهو من الأسباب الأساسية لسرطان الرئة، ولكن إذا شذ عن القاعدة بعض الأفراد ولم يستطع الامتناع عن التدخين فإن ذلك يكون بسبب ضعف بالإرادة وليس لأن التدخين لا يؤدي إلي الأمراض (نقابة الأطباء في مصر – ٢٠٠٥) .

من هنا يرى الباحث الأهمية البالغة في إجراء هذه الدراسة فمن باب أولى أن ينصح الإنسان نفسه قبل أن ينصح غيره كي لا ينطبق عليه قول المولى عز و جل: " أتأمرون الناس بالبر و تنسون أنفسكم و أنتم تتلون الكتاب أفلا تعقلون " (سورة البقرة، آية ٤٤) .

و في دراسة بسيطة (١٩٩٥) أجريت على مجتمعنا الفلسطيني في قطاع غزة تمت بواسطة د. حسن أبو طويلة فحدث ولا حرج، متوسط استهلاك المدخن من السجائر في غزة

٨ و٣٠ سيجارة يوميا (للذكور البالغين فقط) ، متوسط تدخين الفرد البالغ (أكثر من ١٥ سنة) ذكرا أو أنثى = ١٥ سيجارة يوميا، و حيث إن ٤٧% من سكان قطاع غزة أقل من ١٥ سنة أي أن عدد من هم فوق ١٥ سنة = ٥٣% من عـــدد الســـكان البالغ ملـيون نســــمة تقــريبا (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٥٩).

و نظرا لهذا الخطر الشديد الذي يهدد مجتمعنا المسلم متمثلا بانتشار هذه الآفة الخطيرة بين شبابنا مما يؤثر على سلوكياته و أخلاقياته مدمرا بذلك كل القــيم الإســلامية و الإرث الحضاري الذي يعتبر كنزا نعتز به أمام الأمم فقد رأى الباحث من خلال هذا البحث عبــر تناوله لفئة الأطباء – موضوع الدراسة – و الذين هم في الغالب ما يقدمون النصيحة لغيرهم بأن يقلعوا عن التدخين رأى الحاجة الملحة لإنقاذ ما يمكن إنقاذه من شبابنا و تعديل سلوكياته بما ينسجم مع الأخلاقيات الاجتماعية و الإسلامية لما لها من تأثير على الوضع التنموي في الأسرة و المجتمع و الأمة الإسلامية جمعا .

و يرى الباحث أن الأخلاق لا بد أن ترتبط بسلوك المسلم فالإيمان ليست كلمة تقــال و إنما الإيمان قول و عمل. و الابتعاد عما حرم الله و نهى عنه هو من صلب الإيمان.

تعد الأخلاق الفاضلة من أهم الأسس التي اعتمد عليها الإسلام في بناء الفرد وإصــلاح المجتمع إذ أن سلامة المجتمع وقوة بنيانه ، وسمو مكانته ، وعزة أبنائــه مرهونــة بتمــسكه بفضائل الأخلاق ، كما أن انهياره وشيوع الانحلال والرذيلة والفساد فيه مقرون بنبذه الأخــلاق الحميدة والابتعاد عنها.

ولقد اهتمت الشرائع والأديان بوقاية أبنائها من الأمراض الأخلاقية التي تفتك بالمجتمع فتكاً ذريعاً ، وسعت بتعاليمها ومبادئها إلى تنبيه الأفراد من أخطار الأخلاق الفاسدة والــدعوة إلى الابتعاد عنها حتى يظل بنيان الأمة قوياً متماسكاً ينهض للواجب بقوة ومــضاء ويثبــت للكوارث بجلد وإباء ، ويعيش في الحياة موفور الكرامة ، منيع الحمى ، نبيل الغاية ، كــريم الخلق والسمعة ، يأوي إلى ظل ظليل من أمن شامل و سعادة تغمر الناس جميعا حتى لكأنهم في طمأنينتهم وسمو أرواحهم كملائكة السماء لا خوف عليهم ولا هم يحزنون ويبين لنا التاريخ أن كل أمة نهضت جبارة ، وكل حضارة ازدهرت وتطورت كان بفضل أبنائها الذين ملكوا نفوســا قوية ، وعزيمة ماضية ، وهمما جبارة ، وأخلاقاً حــــميدة ، وسيــــرة فاضــلة، وتــمــسكاً فيــما بينهم، وتـــــرابطاً بين عائلاتهم(بن تيمية ، ٢٠٠٢: ٥) .

مشكلة الدراسة:

لعل معايشة الباحث لفترة ليست بالقصيرة لشريحة الأطباء من خلال عمله السابق فــي المشافي و المراكز الطبية غير الحكومية ، و عمله الحالي كطبيب نفسي في عيادة رفح النفسية التابعة للرعاية الأولية بوزارة الصحة ، و احتكاكه بالأطباء عن قرب كــان هــو الباعــث و

المحرك الأول وراء إجراء هذه الدراسة ، فمن خلال هذه المعايشة و الاحتكاك اليومي المباشر و التعامل مع هذه الشريحة بدأ الباحث يستشعر مدى المشكلة التي يشعر بها الكثير من الزملاء العاملين المدخنين و التي تتجلي في العديد من التغيرات النفسية و الجسمانية و الاجتماعية التي باتت واضحة وضوح الشمس على الأطباء المدخنين .

و بناءً على ما سبق فإن مشكلة هذه الدراسة تتحدد في التساؤل الرئيس التالي :

*** ما علاقة التدخين بمستوى القلق و بعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة ؟ .**

و ينبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية :

١. ما مستوى القلق السائد لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة ؟
٢. ما أبرز سمات الشخصية لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة ؟.
٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\propto \leq$ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير العمر (من ٢٦-٣٥ سنة، من ٣٦-٤٥ سنة ، من ٤٦- ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر)؟
٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\propto \leq$ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير العمر (من ٢٦-٣٥ سنة، من ٣٦-٤٥ سنة ، من ٤٦- ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر)؟
٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\propto \leq$ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج،أعزب، مطلق) ؟
٦. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\propto \leq$ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج،أعزب، مطلق) ؟
٧. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\propto \leq$ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (من ١-٥ أفراد ، من ٦-٩ أفراد ، أكثر من ١٠ أفراد) ؟
٨. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\propto \leq$ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (من ١-٥ أفراد ، من ٦-٩ أفراد ، أكثر من ١٠ أفراد) ؟
٩. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\propto \leq$ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير المؤهل العلمي (بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه) ؟
١٠. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\propto \leq$ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير المؤهل العلمي(بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه) ؟

١١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، عاطل)؟
١٢. هل لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، عاطل)؟
١٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير الخبرة (من ١-٤ سنوات، من ٥-٨ سنوات، من ٩-١٢ سنة، أكثر من ١٢ سنة)؟
١٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير الخبرة (من ١-٤ سنوات، من ٥-٨ سنوات، من ٩-١٢ سنة، أكثر من ١٢ سنة)؟
١٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير سنوات التدخين (من ١-١٠ سنوات،من ١١-٢٠ سنة، أكثر من ٢٠ سنة) ؟
١٦. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير سنوات التدخين(من ١-١٠ سنوات،من ١١-٢٠ سنة، أكثر من ٢٠ سنة) ؟
١٧. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير عدد السجائر المدخنة يوميا (من ١-١٠ سجائر ، من ١١-٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة) ؟
١٨. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير عدد السجائر المدخنة يوميا(من ١-١٠ سجائر ، من ١١-٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة)؟

أهمية الدراسة:

أما أهمية الدراسة فتنبع من:

- الجانب النظري للدراسة:

حيث أن موضوع التدخين يعتبر من الموضوعات القديمة و المهمة والحيوية، إلا أن الدراسات حولها مازالت في فلسطين بشكل عام وفي قطاع غزة بشكل خاص قليلة وبحاجة للمزيد من البحث، و لم ينل هذا الموضوع نصيبه من الدراسة بالقدر الكافي. و قد تعتبر هذه الدراسة من الدراسات النادرة في مجال الأطباء .من هنا تأتي أهمية هذه الدراسة لتناولها مفهوم التدخين و أسبابه، والأضرار المدمرة المترتبة عليه، و التي بدون شك سوف يستفيد منها

الباحثون في هذا الموضوع، و الأطباء أنفسهم (عينة البحث)، و الأطباء العاملون في حقل الصحة و مدرسو التربية و التعليم، و أساتذة الجامعات، و غيرهم.

- الجانب التطبيقي للدراسة:

حيث أن هذه الدراسة ستحاول التعرف على بعض الآثار السلبية المترتبة علي آفة التدخين عند فئة الأطباء بقطاع غزة مثل القلق و كذلك بعض سمات الشخصية من خلال المسح الميداني، الذي يعطي نتائج قريبة من الواقع، مما قد يفيد الباحثين وكذلك المُشرِّعين في التخطيط للمستقبل.

و قد اختار الباحث فئة الأطباء بالذات لكي تجري عليهم هذه الدراسة، هؤلاء الأطباء الذين يتوجب عليهم أن يكونوا قدوة أمام المجتمع و بالذات المرضى منه وأن يبدؤوا بأنفسهم أولاً في الامتناع عن التدخين و الذين يتوجب عليهم أيضاً أن يكونوا في الصف الأول في المعركة ضد التدخين ومضاره.

و يرى الباحث أن هذه الدراسة سوف تفيد المدخنين بشكل عام في كيفية الإقلاع عن التدخين، و كذلك ستفيد العاملين في حقل الصحة النفسية من خلال وضع برنامج إرشادي لهم في مساعدة المرضى على الإقلاع عن التدخين، و كذلك ستفيد الباحثين في هذا الموضوع، و العاملين في مجال الإرشاد و التوجيه و الأخصائيين النفسيين و الاجتماعيين، و المعلمين و أساتذة الجامعات و واضعي المناهج الوقائية و العلاجية للمراهقين و أولياء الأمور .

أهداف الدراسة :

لقد كانت الأهداف الرئيسة لهذه الدراسة هي محاولة التعرف على بعض الأضرار المترتبة على التدخين عند فئة الأطباء، وذلك من خلال:

- الكشف عن مستوى القلق لدى الأطباء العاملين في المراكز الطبية بقطاع غزة.
- الكشف عن بعض سمات الشخصية مثل العدوانية ، الانطوائية لدى الأطباء العاملين في المراكز الطبية بقطاع غزة.
- الكشف عن الأضرار الصحية و الاقتصادية و الاجتماعية و النفسية الناجمة عن التدخين.
- مساعدة المدخنين من الأطباء و غيرهم في التخفيف من مستوى القلق الناجم عن التدخين.
- مساعدة المدخنين من الأطباء و غيرهم في التخفيف من الآثار السلبية الأخرى الناجمة عن التدخين.
- تقديم النصائح و الإرشادات للمدخنين من الأطباء و غيرهم عن سبل الإقلاع عن التدخين.

مصطلحات الدراسة :

-التدخين: " عادة يلازم عليها الإنسان، و تكون بتناول السجائر عبر الفم بواسطة شهقه".

-النيكوتين: " مادة ذات تأثير قوي على الأوعية الدموية، ترفع ضغط الدم و تزيد نبض القلب، و تزيد من التصاق الصفائح الدموية و التخثر و تساعد على إفراز الكثير من المواد داخل الجسم و التي تسرع عملية تصلب الشرايين ".

-الإدمان: " حالة من التسمم الدوري أو المزمن، و ينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الإنشائي و يتصف الإدمان بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار على تناول العقار و السعي الجاد في الحصول عليه بأي وسيلة ممكنة كما يتصف بالميل نحو مضاعفة كمية الجرعة، و يسبب حالة من الاعتياد النفسي أو العضوي ".

-القلق: يعرف شاذلي القلق بأنه " حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، و يصبحها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية " (شاذلي ، ١٩٩٩: ١١٢) .

و يعرف الباحث القلق إجرائيا بأنه " شعور عام غامض غير سار مشوب بالتوجس و الخوف و التوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي و يأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة و السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة ".

-السمات: يعرفها آدمز (Mc Adams, 1990: 198) بأنها "نزوع داخلي ثابت نسبيا مع الوقت و خلال المواقف المختلفة" .

و يعرفها جلفورد (Wortman, & , 1990: 198) بأنها "الطريقة الثابتة نسبيا للسلوك و التي يختلف بها الفرد عن غيره" .

كما و عرفها ألبورت بأنها "الحقائق النهائية للتنظيم النفسي"، و عرفها أيزنك بأنها "مجموعة من الأفعال السلوكية التي تتغير معا" . (هول، ليندزي، ١٩٦٩: ٣٩٧)

و عرفها أبو مصطفى أنها "ذلك المفهوم أو ذلك المصطلح الذي يصف الأساليب السلوكية، و التي تميزه عن غيره من الناس في المواقف الاجتماعية، و التي يمكن أن يستدل على وجودها من سلوكه، و تفسر استقراره أو ثباته نسبيا. (أبو مصطفى، ١٩٩٨ : ٨٢)

و يعرف الباحث السمات إجرائيا بأنها "مجموعة الصفات التي تميز الفرد عن غيره في مختلف مواقف الحياة و التي تنظم عملية التكيف بينه وبين بيئته ، فمن خلالها يستدل على الجانب النفسي و الجسمي و الاجتماعي و العقلي و المهني" .

-الشخصية: يعرفها ألبورت بأنها "النظام الدينامي داخل الفرد لجميع أجهزته النفس جسمية و الذي يحدد الفرد طابعه الخاص و المميز في السلوك و الفكر" . (Miscehel, 1981:20)

و يذكر تشفر أن الشخصية هي "مجموعة واسعة من الصفات المميزة و التي تتـضمن المزاج و الاتجاهات و السمات و الخلق و التي يمكن أن تـشكل الشخـصية" . (Shaffer, 1988:65)

و عرفها واطسون بأنها "مجموعة الأنشطة التي يمكن اكتشافها عن طريـق الملاحظـة الفعلية للسلوك لفترة كافية بقدر الإمكان لكي تعطي معلومات موثـوق بهـا " . (الأشـول، ١٩٧٨: ٩٧)

و عرفها العيسوي أنها "كل ما يوجد لدى الفرد من قدرات و استعدادات و ميول و آراء و اتجاهات و دوافع و خصائص جسمية و عقلية و نفسيـة و أخلاقية و روحية و فكـرية و عقائدية و مهنية (العيسوي، ٢٠٠٢: ١٩).

و يعرف الباحث الشخصية إجرائيا بأنها "مجموع الاستعدادات الفطرية الكامنـة و القدرات الظاهرة كالقدرات العقلية و الجسمية و الانفعالية و الاجتماعية و المهنيـة و التـي يمكن أن يتميز بها الفرد عن غيره و التي يمكن من خلالها أن يثبت ذاته و يحقق رغباته".

المركز الطبي: يعرفه الباحث بأنه "مكان تقدم فيه الخدمة للمريض من قبل إنسان متخصص في مجال الطب البشري، و يشمل المستشفى الحكومي وغير الحكومي، و مراكـز الرعايـة الصحية الأولية، و المراكز غير الحكومية، و الجمعيات الطبية الخيرية ".

حدود الدراسة:

الحد الزماني: أجريت هذه الدراسة من أكتوبر ٢٠٠٦و حتى أغسطس ٢٠٠٧ .

الحد البشري: أجريت هذه الدراسة على عينة عشوائية مكونة من ١٨٦ طبيب من الأطبـاء المدخنين العاملين و المتطوعين عن العمل في قطاع غزة .

الحد المكاني: أجريت هذه الدراسة على الأطباء المدخنين في المراكز الطبية و المستشفيات التالية :

- مركز شهداء تل السلطان للرعاية الصحية الأولية .
- مركز شهداء رفح للرعاية الصحية الأولية .
- عيادة تل السلطان التابعة لوكالة الغوث .
- مستشفى الشهيد أبو يوسف النجار.
- مركز صحي العودة – اتحاد لجان العمل الصحي .
- المنتدى الطبي برفح .
- مستشفى غزة الأوروبي .
- مستوصف فاطمة الزهراء الخيري.

- عيادة الخدمات الطبية .
- مستشفى ناصر
- عيادة بني سهيلا الخيرية.
- مستشفى شهداء الأقصى .
- مستشفى كمال عدوان .
- مستشفى دار الشفاء .
- منظمة أطباء بلا حدود .

الحد الإحصائي :

و هي الاختبارات المستخدمة مثل اختبار One way Anova ، واختبار T.test ، و معامل ارتباط بيرسون .

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: التدخين

المبحث الثاني: القلق

المبحث الثالث: الشخصية

المبحث الأول : التدخين Smoking :

تعريف التدخين و التبغ:

يعرف الدخان لغة من كلمة دَخَنَ ، يقال ادّخنت النار أي خرج دخانها و ارتفع و يقال دخّن أي امتص دخان لفافة التبغ أو دخان التنبك من النارجيلة ثم مجه ، و يقال دَخُنَ أي صار لونه أكدر في سواد كالدخان فهو أَدخَن .(البعلبكي، ١٩٧٣: ٢٠٩) .

و يعرف (الزهّار ، ١٩٨٧ : ١٥) التدخين بأن الكلمة هي مصدر للفعل دخّن ، و يقصد بها هنا عملية إشعال أي شخص للسيجارة أو الغليون أو امتصاص الدخان الناتج عن الاشتعال ثم إخراجه من الفم و الأنف .

و يُعرف التبغ لغة بأنه التتن أو الدخان و هو جنس من النباتات الأمريكية، فيه مادة سامة ، مأخوذ من لفظة تاباغو ، و هي اسم جزيرة في خليج المكسيك وُجِد فيها ، و نُقل منها .(البعلبكي، ١٩٧٣ :٥٩) .

و يتفق مع هذا التعريف (محرم، ١٩٩١: ١٠) حيث يعرف التبغ بأن الكلمة مشتقة من كلمة "تباغو" و هي جزيرة من جزيرة أنتيل في المكسيك .

أما (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٢٠) فيرجع أصل كلمة تبغ إلى الهنود الحمر و معناها "تابسكو" و هي اسم الغليون الذي استعمله الهنود الحمر للتدخين إذ لم يعرفوا السجائر في عهد كريستوفر كولومبوس.

و يسمي (جعفر، ٢٠٠٢: ٩) التبغ أيضاً بالتتن أو الطباق أو الدخان، و هو من الفصيلة الباذنجانية السامة.

تاريخ ظهور الدخان :

يقول (الغباشي، ١٩٩٣: ١٥) إن عادة التدخين عُرفت منذ العصور القديمة قبل الميلاد و أن جنود الرومان كانوا يتلهون بعد المعارك بتدخين أوراق الخس، و هي تحتوي على مواد مهدئة للأعصاب، و قيل أيضا إنه قد وجدت بعض الحفريات في أمريكا – آثار- يعود تاريخها إلى ٦٠٠ سنة قبل الميلاد بينها غليون من الفخار لتدخين التبغ، و قد اعتاد السحرة و الكهان من قديم الزمان في المحافل، و الاجتماعات مدعين أنه وسيلة سماوية و طريقة خفية تساعد على كشف ما خفي في الصدور و إظهار بواطن الأمور و التنبؤ بالأحداث و الأقدار و كان استعماله في قصبة مثقوبة. و ترجع عادة استنشاق الدخان إلى عصور قديمة حيث كان قدماء المصريين و الهنود في أمريكا الجنوبية يحرقون الأعشاب لممارسة السحر و الطقوس الدينية و ذلك قبل ٥٠٠٠عام تقريبا، و كان بعض الناس يستنشقون الدخان المتصاعد بعد حرق النباتات الطبية للانسلاخ عن الواقع الذي يعيشون فيه.

و يقول (عبد الحميد، ١٩٨٤: ٣٤) إن الدخان ظهر في العام ١٤٩٢م تقريبا حيث رأى بعض البحارة الإسبانيين شجرة الدخان عند اكتشافهم القارة الأمريكية، و قد انتشر الدخان انتشارا رهيبا في أوربا في نهاية القرن السادس عشر و بقي شأنه هكذا لإلى أن جاء جيمس الأول ملك بريطانيا فشن حربا على التدخين، و أصدر منشورا سنة ١٦٠٤م ضد التدخين.

تركيب دخان السجائر:

يسرد (الزهّار، ١٩٨٧: ٢١- ٢٢) أهم محتويات السيجارة و هي:

١. غاز أول أكسيد الكربون و يمثل من ١- ٥و٢ % من حجم الدخان المتصاعد .

٢. غاز ثاني أكسيد الكربون و يمثل من ٥- ١٥ % . من حجم الدخان المتصاعد .

٣. أحمضا طيارة: مثل النمليك و حمض الليمونيك و حمض الأكساليك و الفينول و حمض الخليك و حمض البنزويك .

٤. مادة مهيجة تعرف بالغول و توجد بنسبة ٢مجم في كل سيجارة .

٥. مادة البنزوبيرين و هي المادة التي يعزى إليها تكون داء السرطان .

٦. الزرنيخ بنسبة ١٠% في التبغ .

٧. النيكوتين و يكون ٨% من وزن التبغ .

٨. القطران و هو الجزء الصلب من الدخان و يمثل ١١-١٧% من وزن التبغ.

٩. الأزوت (النيتروجين) و هو الجزء المسحوب من الهواء و يمثل ٧٥% من حجم التبغ .

١٠. كبريتيد الأيدروجين و هو الجزء الناتج من احتراق المواد الزلالية المحتوية على كبريت و تصل كميته إلى ٠٤و % .

١١. سيانيد الهيدروجين و هو غاز مكون من أيدروجين و كربون و آزوت و ينتج عن احتراق كل ١٠٠ جم من التبغ ٠٠٤و – ٠٣و جم .

١٢. بخار الماء و هو الرطوبة الموجودة في التبغ و تنشأ عند منطقة الجمرة .

١٣. يتفق (جعفر، ٢٠٠٣: ١٢) مع جميع مع ذكر ، و لكن يضيف مادة التيوسينات.

١٤. عنصر البولونيوم المشع الذي يتركز في رئة المدخن و يفتك بها(عبد الحميد، ١٩٨٤: ٣٦).

أصناف التدخين:

١. التدخين النفسي الاجتماعي و وظيفته إبراز الرجولة و يتم عادة بصحبة الآخرين .

٢. التدخين الإحساسي و الدوافع له الشعور بالانتعاش بمجرد التدخين .

٣. التدخين الاسترخائي و هو أكثر أصناف التدخين شيوعا حيث يشعر المدخن بالسعادة في فترات الاسترخاء ولاسيما بعد وجبة الطعام .

٤. التدخين المسكن الذي يخفف من الضغط النفسي .
٥. التدخين المنشط الذي تراه في فترات العمل الفكري و الجسماني .
٦. التدخين الإدماني و لا يكون التدخين بهدف الشعور بالسعادة و الرضا بل يكون ناتجا عن حاجة الجسم للنيكوتين .
٧. التدخين الآلي الأوتوماتيكي حيث يبدأ المدخن سيجارة جديدة قبل انتهاء السيجارة القديمة و يكون ذلك بمثابة فعل منعكس و هي عملية تعرف باسم سلسلة الدخان .(ربيع، ١٩٩٤: ٤٨٥).

و يرى الباحث بأن هنالك نوع آخر من التدخين و هو التدخين اللاإرادي (السلبي) و هو تعرض الناس رغما عنهم إلى دخان التبغ في البيئة من حولهم، وهو مزيج من الغازات التي تنطلق في الهواء في الفترات الفاصلة بين سحب الأنفاس أثناء احتراق التبغ الذي ينفثه المدخن، فهو خطر يتعرض له الإنسان دون أن يكون له فيه يد و يعانى الكثير من الناس غير المدخنين تهيجا في العيون وسعالا عند تعرضهم لدخان السجائر وتزداد هذه الأعراض حدة عند الرضع والأطفال.

التدخين و الإدمان:

يجزم البار القول (البار، ١٩٨٠: ٣٩-٤٠) بأن تدخين التبغ يسبب الإدمان مثل جميع المواد المخدرة حيث يستشهد بتقرير الكلية الملكية للأطباء " إن تدخين التبغ هو أكثر المواد المسببة للإدمان الضار انتشارا في العالم". ويستطرد قائلا بأن ١٠% فقط ممن يشربون الخمور يصبحون مدمنين بينما تبلغ النسبة لدى المدخنين ٨٥% . و لا يستطيع أن يمضي ساعة أو ساعتين على المدخن دون أن يتناول سيجارة يدخنها بينما كثيرا ممن يشربون الخمور و يتناول المخدرات يمضي أياما طوالا دون أن يضطر إلى معاودة الشراب أو تناول المخدرات .

و كذلك فإن هذه العادة سرعان ما تتأصل في الإنسان بمجرد تدخين سيجارة أو سيجارتين .

و يرى (جعفر، ٢٠٠٢: ٧٨) بأن تناول أكثر من ٢٠ سيجارة يوميا تحول متناول التبغ إلى مدمن.

و يدرج (عكاشة، ١٩٩٨ :٤٤١-٤٤٢) التبغ ضمن المواد المسببة للإدمان في تقسيمه لاضطرابات الإدمان كما هو مبين في التوزيع التالي :-

١. الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول .
٢. الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الأفيون .
٣. الاضطرابات الناجمة عن استخدام المهدئات أو المنومات .
٤. الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الحشيش .
٥. الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكوكايين .

٦. الاضطرابات الناجمة عن استخدام منبهات أخرى (بما فيها مادة الكافيين) .
٧. الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير الهلوسة (المهلوسات).
٨. الاضطرابات الناجمة عن استخدام التبغ .
٩. الاضطرابات الناجمة عن استخدام المذيبات المتبخرة .
١٠. الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير متعددة و استخدام مواد أخرى نفسانية الفاعلية.

و يقارن (البار، ١٩٨٠ :٤٠) بين المورفين و الهروين و هما أعتى المخدرات و السجائر حيث يقول إن المورفين و الهروين لا يستخدمه إلا أفراد محددون في المجتمع، أما السجائر فيستخدمها أغلب أفراد المجتمع البالغين من الرجال خصوصا.و بطبيعة المواد المسببة للإدمان .. فإنها سرعان ما تسبب الإدمان لكن الفكاك من أسرها صعب. و لذلك فإن الإقلاع عن التدخين أمر ليس بالهين و يحتاج المدخن إلى إدراك تام لمخاطر التدخين أولا ثم إلى عزيمة صادقة و إلى تشجيع من طبيبه و من المجتمع.

و يرى (١٠٦ ، ١٩٩١ :Kaplan) أن "متلازمة الإدمان على النيكوتين" تتطور خلال ٩٠-١٢٠ دقيقة بعد تدخين آخر سيجارة و تمتد لعدة أسابيع أو أشهر عند بعض الأشخاص . إن العرض الأهم هو الميل إلى تدخين السجائر و المصحوب بالتوتر و الضجر . يشعر الإنسان بشكل عام بالإحباط و الغضب و الشعور بعدم الارتياح ، و القلق ، صعوبة في التركيز ، الدوخة ، صعوبات في النوم ، انخفاض عدد دقات القلب، و انخفاض ضغط الدم، زيادة في تقلصات العضلات ، و بطء في الموجات الكهربية EEG . زيادة الشهية للطعام و زيادة الوزن يحدثان في غالبية الأشخاص بعد تركهم للتدخين. بعض الأشخاص أخبروا بأن ميلهم للتدخين بعد تركه بقي ل١٠-٢٠ سنة.

أسباب التدخين:

١. التقليد حيث أن المراهق يريد أن يشعر بأنه قد صار رجلا و لذلك فهو يقلد الرجال و يحاكيهم و أول من يقلد والديه و مدرسيه و أبطال المسلسلات التليفزيونية و السينمائية ، كما أنه ينجرف مع رفقائه في المدرسة و الشارع. (البار،١٩٨٠: ٤٢)
٢. شعور الشاب بالإحباط و عدم القدرة على تغيير الواقع الاجتماعي و الاقتصادي و السياسي (جعفر،٢٠٠٢: ٦١) .
٣. المدرس، ففي المدارس التي لا يدخن فيها إلا قلة من المدرسين ، فإن عدد من يدخنون من الطلبة أقل بكثير من زملاءهم الذين يدرسون لدى أساتذة مدخنين . (البار،١٩٨٠: ٤٣)

٤. الأسرة إذ أن الأطفال و الشباب يتأثرون و ينفعلون ببيئتهم العائلية، بمنزلهم الذي تعبق أجواؤه بالدخان المتصاعد من سجائر الأهل و الأخوة الكبار، فينعكس ذلك على سلوك و تصرفات الصغار (جعفر،٢٠٠٢: ٦٢) .

٥. التدخين كنوع من إثبات الذات و كاستكمال للرجولة و الحرية أو رمز للقوة و النضج أو تعويض للفشل في النشاط الرياضي أو المدرسي أو للفت نظر الفتيات إليه .(أرناؤوط، ١٩٩٨: ١٧) .

٦. الرغبة في النشاط إذ يلجأ البعض من المدخنين في حالات التعب و الإجهاد إلى التدخين لاكتساب بعض النشاط و للحفاظ على الأداء الوظيفي (الزهار، ١٩٨٧: ٢٩).

٧. التدخين كنوع من الإيحاء النفسي بما يصاحب التدخين من لذة و ربطها بالرفاهية ، و كذلك الربط بينه و بين عادات مثل القراءة و تفريغ التوتر (أرناؤوط، ١٩٩٨: ١٧) .

التدخين و الأمراض :

يقول (البار، ١٩٨٠: ٤٧- ٤٩) إن آثار التدخين الضارة على الصحة تبدو مريعة إذا أدركنا أن ملايين البشر يلاقون حتفهم في كل عام نتيجة إدمان التدخين، كما أن عشرات الملايين يعانون من أمراض وبيلة تجعل حياتهم سلسلة متصلة من العناء و الشقاء و كل ذلك بسبب التدخين. و فيما يلي جدول يوضح أهم الأمراض التي تصيب المدخنين نتيجة إقبالهم على التدخين.

الجهاز التنفسي :

- سرطان الرئة.
- سرطان الحنجرة.
- الالتهاب الشعبي المزمن .
- الامفيزيما .

القلب و الجهاز الدوري :

- جلطات القلب و موت الفجأة .
- جلطات الأوعية الدموية للمخ و ما ينتج عنها من شلل .
- اضطراب الدورة الدموية في الأطراف و جلطاتها .

الجهاز الهضمي :

- سرطان الشفة.
- سرطان الفم و البلعوم.
- سرطان المريء.
- قرحة المعدة و الأثنى عشر.

- سرطان البنكرياس.

الجهاز البولي:

- أورام المثانة الحميدة.
- سرطان المثانة.
- سرطان الكلى.

المرأة الحامل و الأطفال:

- كثرة الإجهاض.
- قلة موازين المواليد.
- زيادة وفيات المواليد و زيادة ولادة الأجنة الميتة.
- زيادة الالتهابات الرئوية لدى الأطفال الرضع.

أمراض نادرة:

- التهاب عصب الإبصار و العمى.

هذا عدا زيادة أمراض الحساسية مثل الربو و الارتكاريا و التهابات الجلد و أمراض الأنف و الأذن و الحنجرة، و لا شك أن مريض الربو الذي يستمر في التدخين يعرض نفسه لأخطار شديدة و لحصول مضاعفات الربو و حدوث حالات الامفيزيما و هبوط القلب نتيجة الإصابة الرئوية كما أن مرضى ضغط الدم أو البول السكري أو ارتفاع الكوليسترول أو السمنة المفرطة يتعرضون لأخطار مضاعفة إذا كانوا من المدخنين.

و يرى (أرناؤوط، ١٩٩٨: ٤٩) أن العوامل التالية تلعب دورا مهما في الإصابة بأمراض التدخين:

- مدة التدخين: فكلما زادت مدة التدخين زاد الضرر الناتج.
- عمق استنشاق الدخان: فكلما زاد استنشاقه زاد الضرر أكثر.
- طول السيجارة و العقب: فكلما زاد طول السيجارة زاد الضرر و كلما زاد طول "العقب" كلما قل الضرر نوعا ما .
- نسبة احتواء السيجارة على مصنفات التبغ.
- وجود فلتر من عدمه في السيجارة.

توصيات لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٧٤ المعنية بالتدخين و آثاره على الصحة :

يقول (رومر، ١٩٩٢ : ١٣٠) إنه ينبغي أن تقبل الحكومات مسؤولية العمل من أجل مكافحة التدخين بواسطة الهيئات التابعة لها، و أن تهيب بالمنظمات غير الحكومية أن تقوم أيضا

بدورها في هذا المجال . و من الإجراءات العملية التي ينبغي اتخاذها نشر المعلومات ، و دعم الأنشطة الهادفة إلى مساعدة الناس على الإقلاع عن التدخين ، و تشجيع سن التشريعات إذا ما دعت الحاجة إلى مزيد من السلطات ، و إجراء البحوث . و تمثل التوصيات المحددة مزيدا من التطوير للتوصيات المذكورة في التقارير المقدمة من جمعيتي الصحة العالمية الثالثة و العشرين و الرابعة و العشرين ، و هي تستند إلى الحجج الواردة في تلك التقارير . و من المسلم به بالطبع أن البلدان تتفاوت في درجة استعدادها لتنفيذ هذه التوصيات . لذا فمن المتوقع أنه في حين أن بعض البلدان قد تضطلع بالإجراءات المقترحة أدناه في المستقبل القريب ، فإن بلدانا أخرى قد لا تتمكن من القيام بذلك ، إلا ربما في نطاق محدود ، أو قد تجد أنه يمكن تحقيق الغاليات نفسها بوسائل مختلفة إلى حد ما ، تكون أكثر ملاءمة للطرائق التقليدية في معالجة المشاكل الصحية .

و يرى الباحث أن إمكانية تنفيذ هذه التوصيات ليست بالأمر العسير في بلدنا إذا ما أخذت السلطات التشريعية و التنفيذية على عاتقها تنفيذها.

توصيات للتنفيذ بواسطة الحكومات و السلطات الصحية:

١. ينبغي للحكومات أن تضع طريقة لتقرير ما إذا كانت توجد أو لا توجد مشكلة صحية خطيرة تقترن بالتدخين في البلاد ، أو ما إذا كان يتوقع أن تحدث مثل هذه المشكلة . و في حالة وجود مثل هذه المشكلة ، ينبغي أن تنظر الحكومة في إنشاء لجنة مركزية أو جهاز آخر لتنسيق البرامج الخاصة الموجهة نحو مكافحة تدخين التبغ و الوقاية منه و للإشراف على هذه البرامج. و ينبغي توفير ما يكفي من العاملين لهذه البرامج ، و أن يكفل لها العمل بحيث تكون مستقلة في أداء مهامها . و ثمة طرق عديدة لتنظيم مثل هذه الهيئة في إطار النظم الصحية الوطنية شريطة تكليفها بأهداف واضحة المعالم ، و تخصيص ميزانية كافية لها ، و جهاز كاف من العاملين ، الذين ينبغي أن يكونوا مسئولين بالدرجة الأولى عن مسائل التدخين و الصحة و أن تكفل لهم حرية العمل (رومر، ١٩٩٢ : ١٣٠).

و يشدد الباحث على دور المنظمات غير الحكومية في بلدنا حيث أنها من الممكن أن تلعب دوراً لا يستهان به مع السلطات المحلية.

٢. ينبغي أن تكون مختلف الأنشطة التي يتقرر تنفيذها عناصر متداعمة ضمن برنامج منسق لمكافحة التدخين يكون قد خطط له كنشاط طويل الأجل يجري تقييمه و مراجعته بصورة مستمرة. و ينبغي أن تكون الأغراض المستهدفة كما يلي:

- أن يقل عدد الشبان الذين يشرعون بالتدخين إلى أقصى حد ممكن و أن يتأخر شروع من يمارس التدخين منهم إلى أبعد حد ممكن.

- تشجيع و مساعدة أكبر عدد ممكن من المدخنين على الإقلاع.
- أن يحاول الذين لا يستطيعون الإقلاع عن التدخين تخفيض تعرضهم للمواد الضارة في الدخان مثل قطران و النيكوتين و أول أكسيد الكربون.

و في هذا البرنامج ، ينبغي أن تتعاون السلطات الصحية مع الدوائر الحكومية الأخرى و مع الهيئات القادرة على الوصول إلى أعداد كبيرة من الناس مثل القوات المسلحة و التنظيمات الصحية المهنية و الوكالات الصحية الطوعية و جماعات الموظفين و العاملين و الجماعات الدينية و النوادي الرياضية و نوادي الرجال و النساء ، في التأكيد على أخطار التدخين الصحية. (رومر، ١٩٩٢ : ١٣١).

٣. ينبغي التخطيط للأنشطة التثقيفية وفقا للأسس التالية :

– مع أن التربية الصحية المناهضة للتدخين نشاط مستقل إلا أنها ينبغي أن تعتبر جزءا من التربية الصحية العامة ، و بهذا المعنى ينبغي أن تؤكد على قيمة الصحة الجيدة و أن تعتبر التدخين عملا يقع في نطاق السيطرة الإرادية للفرد ، و أنه قد يكون حاسما في اكتساب الصحة الجيدة أو فقدانها .

– ينبغي التأكيد على الجوانب الإيجابية لعدم التدخين أكثر من التأكيد على آثار التدخين الضارة.

– ينبغي أن تبدأ التربية الصحية للأطفال في وقت مبكر في المنزل و في المدرسة الابتدائية و ينبغي تدعيمها على النحو المناسب في مختلف المراحل خلال الفترة التعليمية برمتها .

– ينبغي دائما تضمين الحقائق المتصلة بالتدخين و إيلاؤها الاهتمام المناسب في التدريب الذي يجري قبل أو أثناء خدمة بعض المهنيين ، بغية تأهيلهم لتحمل مسؤولياتهم التربوية ، و أهمهم العاملون في المهن الطبية و غيرها في المهن الصحية ، و مدرسو الرياضة البدنية و المعلمون و لاسيما من يدرسون علوم الحياة .

– ينبغي توفير تدريب خاص للأشخاص المؤهلين أكثر من غيرهم لنشر المعلومات ، بحيث يصبح من الممكن الوصول حتى إلى أقل الناس احتمالا في الاستجابة إلى طرائق التربية الصحية التقليدية .

– ينبغي أن تتعاون السلطات الصحية مع السلطات التعليمية في إعداد المناهج و مواد التدريس المتصلة بأخطار التدخين الصحية باعتبارها جزءا من برامج التربية الصحية في المدارس و معاهد إعداد المعلمين و الجامعات و المؤسسات التعليمية الأخرى .

– ينبغي بصورة خاصة بذل الجهود لتحسين قدرات المعلمين في كامل مجال التربية الصحية ، كما ينبغي تزويد المعلمين بانتظام بمواد التربية الصحية .

– ينبغي تضمين التعليم المتصل بأخطار التدخين باعتباره جزءا أساسيا في برامج الصحة المهنية في المصانع و أماكن العمل الأخرى بالتعاون مع وزارات العمل .

– ينبغي أن تؤكد برامج الإعلام الجماهيري على حقوق غير المدخنين ، ولاسيما الأطفال و الحوامل من النساء لحمايتهم من التعرض رغم إرادتهم لدخان التبغ .

– يتطلب هذا الشكل من التربية الصحية و الإعلام الجماهيري نمطا معقدا من أنواع متعددة من الإجراءات التي تشمل مزج الاتصال الشخصي بالاتصالات الجماعية ، و هذا مجال ينبغي تنمية الخبرات الخاصة به . (رومر، ١٩٩٢ : ١٣١).

و يرى الباحث أن هذا الجهد يحتاج إلى إشراك عدد كبير من المتطوعين الغيورين على مصلحة أبناء الوطن، و قد يلعب رجال الدين دوراً ريادياً في هذا المضمار.

٤. ينبغي تصميم أنواع مختلفة من الإجراءات الصالحة لمختلف الجماعات المستهدفة و توجيهها نحوها . و عند تحديد المجموعات المستهدفة ذات الصلة ينبغي إبلاء اهتمام خاص إلى:

أ) النساء ، من حيث دورهن المحدد في الحياة المهنية و الاجتماعية و العائلية ، و من حيث أخطار التدخين خلال فترة الحمل . و إذا تذكرنا أن تكون عادات التدخين عند النساء يختلف عنه عند الرجال في معظم البلدان ، فينبغي إقامة برامج خاصة تهدف إلى التأثير في سلوك التدخين عند النساء الشابات في سن الإنجاب ولاسيما الحوامل منهن ، و من أخطار التدخين الصحية و مساعدتهن على التخلي عن هذه العادة . و يمكن تجنيدهن أيضا كمتطوعات للدعوة ضد التدخين بين النساء الأخريات .

ب) العاملين الصحيين ، الذين ينبغي أن يدركوا أهمية دورهم في الثني عن التدخين و أن يكونوا مستعدين لمساعدة الأفراد الذين يواجهون صعوبة في الإقلاع عن التدخين و ينبغي لهم :

– أن يكونوا هم أنفسهم قدوة بأن لا يدخنوا ، و لاسيما بحضور الشباب و المرضى ، و أن يشجعوا مرضاهم و أسرهم على الإقلاع عن التدخين . (رومر، ١٩٩٢ : ١٣١).

و هنا يأتي دور الطبيب كما يرى الباحث حيث أنه ليس من المعقول أن ينهى طبيب القلب المدخن على سبيل المثال ، ليس من المعقول أن ينهى مريضه المصاب بالذبحة الصدرية عن التدخين و هو في ذات الوقت يدخن ، إذ كيف سيستجيب الأخير و هو يرى تناقضاً بين القول و الفعل.

– أن يثنوا الشباب في الشروع عن التدخين .

– أن يلفتوا الشباب المدخنين المصابين بقصور في وظائف الرئة و المعرضين للإصابة بمرض القلب الإقفاري و النساء الحوامل إلى أخطار التدخين بالنسبة لهم .

– أن يطالبوا بأن تشكل الإجراءات المضادة للتدخين جزءا من البرامج الطبية و برامج الرعاية الصحية برمتها، و أن يشاركوا مشاركة فعالة في أنشطة التربية الصحية و أن يعربوا عن التأييد للسياسات و البرامج المتصلة بمكافحة التدخين و الوقاية منه . (رومر، ١٩٩٢ : ١٣٢).

و يشدد الباحث على ضرورة أن تتناول الدورات التدريبية التي تنظمها مراكز الرعاية اليومية بقطاع غزة أن تتناول قدراً كافياً من التنويه على التدخين .

٥. ينبغي بذل جهود خاصة لضمان تعاون المشرعين و تزويدهم بالمعلومات المناسبة حول آثار التدخين الصحية و تجارب البلدان الأخرى في ذلك المجال و آثار الإجراءات المتخذة لمناهضة التدخين و ينبغي النظر في إصدار تشريعات من أجل الأغراض التالية:

– تقييد أو حظر أشكال الإعلان و الترويج لمبيعات التبغ.

– اشتراط ظهور بيان على علب السجائر و في الإعلانات بمتوسط نواتج القطران و أول أكسيد الكربون و النيكوتين لكل سيجارة يتم تدخينها في الظروف العادية على أن يتم ذلك بمجرد إمكان تطبيقه.

– اشتراط ظهور بيان تحذيري فعال على علب السجائر و في الإعلانات بأن التدخين خطر على الصحة و ينبغي العمل على تنويع المعلومات المذكورة و طرق صياغتها من حين لآخر كي لا تصبح الرسالة قديمة و مبتذلة.

– اعتماد نظام ضرائبي بغية الثني عن تدخين السجائر التي ترتفع فيها نسبيا مقادير القطران و أول أكسيد الكربون و النيكوتين.

– اعتماد سياسات استهلاكية تشمل زيادات دورية في الضرائب بهدف الثني عن تدخين السجائر.

– جعل بيع التبغ للأطفال و اليافعين أو عرضه عليهم عملاً مخالفاً للقانون.

– حظر استخدام ماكينات بيع منتجات التبغ حين يكون بإمكان الأطفال و اليافعين استعمال هذه الماكينات و ينبغي النظر في اتخاذ تدابير إضافية لضمان حقوق غير المدخنين:

أ) بحظر التدخين في المستشفيات و غيرها من مؤسسات الرعاية الصحية إلا في مناطق مخصصة لذلك.

ب) باعتماد أنظمة لحماية غير المدخنين من التعرض دون رغبتهم لدخان التبغ في بيئة العمل.

ج) بتوفير أو توسيع المناطق التي يسمح فيها بالتدخين في وسائل النقل العام و الأماكن العامة الأخرى التي يحظر التدخين فيها كليا.

د) بتحديد مناطق عدم التدخين بشكل واضح و الإعلان عن حظر التدخين بحيث يدرك جميع المدخنين أن التدخين محظور.

هـ) بإيلاء اهتمام خاص لوقاية الرضع من الاختلاط بالأشخاص المدخنين.

٦. في الأنشطة الهادفة إلى مساعدة الفرد على الإقلاع عن التدخين من الضروري مراعاة ما يلي:

- أن توفر الهيئة الوطنية المعنية بالتدخين و الصحة المواد اللازمة لمساعدة العاملين بالمهن الصحية الذين تتاح لهم الفرص خلال عملهم اليومي لتقديم الإرشاد حول كيفية الإقلاع عن التدخين.
- أن تنشأ عيادات خاصة لعلاج أعراض الإقلاع عن التدخين. (رومر، ١٩٩٢ : ١٣٠- ١٣٢) .

الحكم الشرعي في التدخين:

الأديان جميعا أنزلت لصالح البشر تهديهم إلى طريق الخير و كل محرم و منهي عنه في الأديان إنما ذلك لحكمة بالغة سواء ظاهرة و باطنة، و في الدين الإسلامي لم يكن الدخان" التبغ" موجودا على عهد النبوة حتى يصدر الرسول عليه الصلاة و السلام حكما في ذلك بالتحريم أو النهي عنه أو تجنبه ، و الحكم الشرعي دائما يرتبط بالأثر(أرناؤوط، ١٩٩٨: ٨٩).

و يفتي (الباز، ١٩٩٦: ٩٨-٩٩) في معرض جوابه عن سؤال حول حكم شرب الدخان و الشيشة بقوله أنها من المحرمات لما فيها من الخبث و الأضرار الكثيرة، و يستطرد قائلا إن الله سبحانه إنما أباح لعباده الطيبات و حرم عليهم الخبائث، كما قال جل و علا لنبيه صلى الله عليه و سلم: " يسألونك ماذا أحل لهم قل أحل لكم الطيبات" المائدة الآية ٤ ، و قال سبحانه في وصف نبيه صلى الله عليه و سلم: " و يحل لهم الطيبات و يحرم عليهم الخبائث " الأعراف الآية ١٥٧ . فجميع أنواع التدخين ليست من الطيبات، بل كلها من الخبائث، لما فيها من الأضرار الكثيرة، فليست من الطيبات التي أباحها الله، فالواجب تركها، و الحذر منها، و جهاد النفس في ذلك، لأن النفس أمارة بالسوء إلا من رحم الله، فينبغي للمؤمن أن يجاهد نفسه في ترك ما يضره من هذه الخبائث و غيرها .

و يرى (محرم، ١٩٩١: ٧٠-٧١) أن الدخان حرام استعماله لضرره ضررا يلحق بالصحة و المال، و لكونه جنس ما يحدث تخديرا في الأعصاب فهو مشبه للأفيون و الحشيش في جنسهما و نوعهما بدليل انه من أول شربه ينبه الأعصاب، و قد استشهد بحديث رسول الله صلى الله عليه و سلم عن أم سلمة قالت: " نهى رسول الله صلى الله عليه و سلم عن كل مسكرٍ و مفترٍ" . و ينقل محرم فتوى محمد الطيب النجار بان الدخان شجرة خبيثة فهي حرام بنص القرآن فضلا عن إجماع أطباء العالم على ضرر الدخان على الصحة.كما و ينقل محرم فتوى زكريا البري و هو من الفقهاء المعاصرين بتحريم التدخين.

و يرى (الزهار، ١٩٨٧: ٦٧) أن التدخين إثم و قد استشهد بقول الله تعـالى :" و ذروا ظاهر الإثم و باطنه، إن الذين يكسـبون الإثم سيجزون بما كانوا يقترفون " سـورة الأنعـام الآية (١٢٠).

و يستشهد (عبد الحميد، ١٩٨٤: ٣٩- ٤٣) ببعض الأدلة من القرآن الكـريم و الـسنة النبوية على تحريم شرب الدخان منـها :

- قول الله تعالى : " يأمرهم بالمعروف و ينهاهم عن المنكر و يحل لهـم الطيبـات و يحرم عليهم الخبائث " الأعراف الآية ١٥٧.
- و قول الله تعالى:"ولا تبذر تبذيرا إن المبذرين كانوا إخـوان الـشياطين" الإسـراء الآية٢٧.
- و قول الله تعالى: " ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة " البقرة الآية ١٩٥.
- و قول الله تعالى: " ولا تقتلوا أنفسكم " النساء الآية ٢٩.
- و في الحديث الذي يرويه أبي سعيد سعد بن سنان الخـدري رضـي الله عنـه : أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال : (لا ضرر ولا ضرار) ، حديث حسن ، رواه ابن ماجة و الدارقطني وغيرهما مسندا . ورواه مالك في الموطأ .

كذلك و يدرج آراء الشافعية و المالكية و الحنفية و الحنابلة بتحريمه .

الإقلاع عن التدخين:

على العكس مما هو شائع و على النقيض مما يعتقد قطاع عريض من الناس فإن الإقلاع عن التدخين ليس بالأمر الصعب جـدا أو المستحيل فقط ١٤% من المـدخنين يقـرون أن الإقلاع عنه صعب جدا (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٧٨).

يشدد (جعفر، ٢٠٠٢: ١٧٦) على ضرورة بذل الجهود المـضنية لتوعيـة و توجيـه المدخنين بخصوص الآثار السلبية و الضارة على صحة الإنسان و الناجمة عن تدخين التبـغ و ذلك من اجل تحقيق الهدف النهائي المتمثل بالإقلاع عن التدخين .

يقول (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٧٨) إن المشكلة تكمن في أن الإقلاع عن التدخين حالة غير مستقرة و غير وطيدة، فعيادات الإقلاع عن التدخين في الدول المتقدمة لم تحقق أكثر من ٣٠% من النجاح، و في هذا السياق يتلخص الوضع في الطرفة أو النكتة القائلة (الإقلاع عن التـدخين سهل، لقد قمت به عدة مرات) . لا يوجد دواء أو عقار ليأخذ محل التدخين و يساعد في الإقلاع عنه، السلاح الوحيد لمساعدة المدخن لمحاصرة هذه العادة السيئة يوجد في:

- الاحتكام للمنطق.
- الوضع النفسي أو السيكولوجي للمريض .

يقول (أرناؤوط، ١٩٩٨: ١١٥) إن المهم أن تقرر و أن تعرف أنك ستواجه بعض المتاعب و أن تعد نفسك مقدما لهذه المتاعب مهما كانت آلامها فلن تكون أشد ولا أقسى من آلام الأمراض العديدة التي تصيب المدخن .

يقول(أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٧٨) إن التبعية للتبغ و التدخين تبعية نفسية أكثر منها جسدية. بعض المدخنين يعزي نفسه بتناول متكرر للأطعمة و هذا يزيد وزنهم . أكثر من ذلك المقلع عن التدخين تزداد شهيته للطعام، و بعض المدخنين يجد منفذا للعودة إلى التدخين بسبب زيادة الوزن.

يشدد (الزهار، ١٩٨٧: ٦٥) على ضرورة التركيز على فئات من المجتمع لكي تقلع عن التدخين و منهم الأطباء الذين ينصحون مرضاهم بعدم التدخين و هم يدخنون أمامهم .

يقول(أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٧٨)إن بعض المدخنين يصبح أكثر بؤساً بعد ترك التدخين و يصبح المرض أقل شرا من الإقلاع عن التدخين، لكن هذه مقاييس فردية، و إن تدخن أو لا تدخن هذه مشكلتك كفرد و ليس كطبيب، فالطبيب عامل مساعد من عدة جوانب . عندما بدأت التدخين لم تستشر الطبيب، و عندما تعاني من التبعية المطلقة أو الإدمان على التدخين لم تستشر الطبيب، لذلك لا تعتمد على الطبيب كليا و لوحده عند قرارك الإقلاع عن التدخين.

طرق للمساعدة في الإقلاع عن التدخين:

١. المنطق و قوة الإرادة:

هنا بعض من أقوال و أفعال من أقلعوا عن التدخين :

- القرار و قوة الإرادة في التطبيق . أنا أعرف أنه يجب علي الإقلاع عن التدخين أجري في العمل أصبح منخفضا و لم أستطع الاستمرار في التدخين، الإقلاع بالنسبة لي كان كدخول جهنم و لكنني نفذته و نجحت.
- بقوة الإرادة قررت إيقاف التدخين . بلغت زوجتي و أطفالي بذلك . خجلت أن أعود في قراري و أظهر ضعيفا أمامهم .. و هكذا نجحت .
- قلت لنفسي : (لن أدخن ثانية، كبريائي و غروري لم يسمحا لي بالعودة عن كلامي و عهدي لنفسي، و لكن هذا استغرق مني سنتين حتى أصبحت أقولها بلا تردد أو حنين للتدخين، مش مهم، لقد نجحت كثيرا).
- المنطق فوق الحدث، يوما ما قلت لنفسي ستكون هذه آخر سيجارة و قد كانت، ولم أدخن قط منذ ذلك التاريخ .

- مجرد قوة إرادة، لقد عرفت أن التدخين مكلف ماديا، قذر سلوكيا و عادة غير صحيحة على الإطلاق، نظرت إلى السيجارة كأنها ورقة بنكنوت ملفوفة و محترقة، و هي حقيقة كذلك، و أعلم أن هناك الكثير من الطرق الأفضل لإنفاق النقود.
- مجرد وضع التدخين في وجداني في صباح يوم ما، و في صباح ذلك اليوم قلت لنفسي (سوف لا أشتري أي سجائر أخرى و كان ذلك و أشعلت آخر أربع سجائر لدي في ذلك الصباح، و أقلعت تماما عن التدخين، إنها قوة الإرادة فقط).
- تخليت عن التدخين منذ ١٩ عاما، بقوة الإرادة، متجاهلا كل الأفكار الانهزامية السابقة، مقنعا نفسي أنني أستطيع ذلك و تبنيت رد الفعل الحاد ضد التدخين و تجنبت الأماكن المزدحمة التي يكثر فيها المدخنون، و تعمدت السفر و الجلوس في أماكن غير المدخنين، و هكذا و الآن أتمتع بمذاق الطعام الحقيقي بعد الإقلاع عن التدخين.
- منذ خمس سنوات كان هناك سيجارتين في حقيبة يدي، أشعلت واحدة و بدأت في السعال الشديد و اعتقدت أنها النهاية و منذ ذلك الوقت لم أتردد في الإقلاع عنه، إنه أمر سهل جدا مجرد إرادة قوية و منذ خمس سنوات و السيجارة الثانية في حقيبة يدي. (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٧٩-٨١)

٢. **الاقتناع:**

ابدأ بالاقتناع بفوائد الامتناع عن التدخين، كما أنك تستطيع أن تزيد دخلك ١٠-٢٠ جنيها شهريا توفرها من ثمن السجائر(أرناؤوط، ١٩٩٨: ٩٩).

٣. **التنفير:**

أن يعطى المدخن زجاجة من محلول نترات الفضة بتركيز ١% بحيث يأخذ جرعة صغيرة يتمضمض بها ثم يلفظها، فإذا دخن بعدها أحس بالغثيان و استشعر سوء طعم الدخان، و بعد عدة مرات يقلع تدريجيا. (الزهار، ١٩٨٧: ٦٣).

٤. التدخين الجزئي و تدمير المتبقي:

- مثلا : خذ شهقة واحدة من كل سيجارة ثم أتلفها، حتى لو أشعلت سيجارة أخرى خلال دقائق قليلة . كرر نفس الأسلوب ستجد نفسك قد تخليت عن التدخين خلال أسبوع. حقيقة قد تشعر أنها مكلفة ماديا في البداية، ولكنها حتما ضررا و إيلاما.

- مثال آخر اتبعه شخص آخر يقول :

عندما أريد أن أدخن سيجارة أشتري علبة سجائر، أشعل واحدة فقط و أقذف الباقي في النار أو أتلفها و أقذفها في الزبالة، بهذه الطريقة أدركت كم من النقود أفقد في كل مرة و لذا أقلعت عن التدخين .

- شخص آخر اتبع نفس الفكرة، أي جعل التدخين مكلفا فيقول بعد عدة محاولات فاشلة للإقلاع عن التدخين(قررت عندما أشتري صندوق سجائر يحتوي على ٢٠ سيجارة أن أدخن جزءا منها .. خمس سجائر، و أتلف الباقي، حتى تصبح هذه العادة مكلفة و بذلك أقلعت عن التدخين . (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٨١).

٥. كره الدخان بواسطة مواد كيميائية:

أن يقطر للمدخن في القهوة أو الشاي عشرون قطرة من رودنات البوتاسيوم ثلاث مرات يوميا فيصبح كارها للدخان، إذ يضيق صدره برائحته فيبتعد عنه (الزهار، ١٩٨٧: ٦٣).

٦. التقليل التدريجي للتدخين :

- صديق قال :(بدأت في إنقاص العدد المدخن من السجائر سيجارتين يوميا، ثم بع ذلك لا تدخين في الصباح، ثم بعد ذلك لا تدخين بعد الظهر، ثم بعد ذلك سيجارة واحدة في المساء فقط، و أخيرا لا شيء).

- مدخن آخر بدأ بالإقلاع عن بأن دخن خمس سجائر يوميا في الأسبوع الأول، أربعة يوميا في الأسبوع الثاني، ثلاثة يوميا في الأسبوع الثالث، سيجارتين يوميا في الأسبوع الرابع، سيجارة يوميا في الأسبوع الخامس، لا شيء بعد ذلك . (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٨١- ٨٢).

٧. **استغلال شهر رمضان المبارك:**

لا شك أن شهر رمضان المبارك فرصة عظيمة جدا لكل من يريد الإقلاع عن التدخين و الامتناع عنه، كما يفيد الشخص الصيام فير غير رمضان في مساعدته على التخلص من عادة التدخين و يكون بمثابة عامل روحي يساعدك و يفسح لك الطريق لعادات طيبة بدلا من عادة التدخين المدمر للصحة (أرناؤوط، ١٩٩٨: ١٠٠).

٨. تكتيك التأخير.. أمثلة ذلك:

-عندما أشعر بالرغبة في التدخين أجبر نفسي على عدم التدخين فقط للخمس دقائق القادمة، وهكذا.

- نتيجة ثورة غضبي على الأسعار و زيادة أسعار التبغ و السجائر قررت و وعدت نفسي بالإقلاع عن التدخين لمدة أسبوع فقط، و في نهايته جددت العهد لأسبوع جديد، و هكذا حتى أقلعت.

- عندما أرغب في إشعال سيجارة، أنتظر خمس دقائق حتى أشعلها من خلالها تختفي الرغبة أو تضعف، و هذا حتى أقلعت.

- لقد ذهبت لإشعال سيجارة ذات صباح، و فجأة أدركت أنني لم أدخن طيلة وقت النوم و لذا قررت تأجيل سيجارة الصباح الأولى لمدة أطول ثم أطول و هكذا كأني نـــائم، حتـــى أقلعت عن التدخين.

- في كل يوم كنت أؤخر السيجارة الأولى للصباح لمدة ساعة و هكذا حتى كانت السيجارة الأولى ذات يوم بعد الساعة ١٢ ظهرا، و كان سهلا بعدئذ الإقلاع عن التدخين.

- لقد أقنعت نفسي بأنني أستطيع أن أدخن كما أشاء غدا أي بعد ٢٤ ساعة، أمـــا الليـــوم فلا.. ثم أجدد القسم أو العهد في الصباح التالي و هكذا، مما قلل تأثير التفكير المتواصـــل في التدخين، و كان سهلا علي الإقلاع عنه.

- لم أقل لنفسي أنني سأقلع عن التدخين، و لكنني قررت عدم شراء علبة السجائر التاليـــة فقط، و بدأت في أكل الفواكه كبديل.

٩. طريقة النفخ – الشهيق و الزفير :أمثلة:

- بدأت أتعلم موسيقى القرب، و بعد عشر دقائق وجدت أن لا فائدة من رئتي لذلك، و من هنا وجدت أن لا لزوم للتدخين أو السجائر.

- بدأت أدرب نفسي على الجري المتواصل و بهذا كنت في احتياج دائم للتنفس الصحيح، مما اضطرني للإقلاع عن التدخين.

- احتراف السباحة، و الشعور المتنامي أن رئتي في تقدم و كفاءة مستمرين مما مكننـــي من السباحة مسافات طويلة ثم أطول، حتى أدركت فائدة الإقلاع عن التـــدخين و أقلعـــت عنه.

١٠. الاستعانة بالطعام و الشراب :

تعددت الآراء و الاتجاهات في هذا المضمار فالبعض استعمل أقراص النعناع، أو أقراص مرطبات الحلق أو اللبان، البسكويت، أو شرب كأس من المـــاء عند الشعور بحاجـــة إلى السيجارة.(أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٨٢– ٨٣).

و يتفق مع أبو طويلة في الطعام و الشراب محرم (محرم، ١٩٩١: ٦٥) حيث يشدد على ضرورة تجنب اللحوم و التوابل و المأكولات الدسمة و الإكثار من الخضروات و الفواكه الطازجة ، و الابتعاد عن الكحول و الشاي و القهوة .

١١. تحسين الصحة: أمثلة أن يقول المدخن:

- لقد تذكرت في إحدى الليالي زميلي في العمل، الذي توفي عن عمر ٢٦ ســـنة نتيجـــة مرض الصدر و القلب، لذا قررت الإقلاع عن التدخين.

- لقد مات والديّ الاثنان من السرطان خلال الستة شهور الأخيرة، فأصبت بالصدمة، لقد كانا مدخنين، و فورا أقلعت عن التدخين.
- لقد أقنعت نفسي بإمكانية الإصابة بالسرطان أو جلطة القلب لكثرة التدخين، لذا قــررت الإقلاع و بلا تردد.
- لقد كنت أعرف موعد مغادرة و عودة جارنا إلى بيته من كثرة السعال الذي يعاني منه من كثرة التدخين.
- لقد عشت مع أخي و لاحظت كيف كان يموت ببطء من السرطان الرئوي الناتج عــن التدخين، لذا قررت إيقافه نهائيا.
- ذات صباح اختنقت و كدت أن أموت من شدة السعال، لذلك فورا قذفت السجائر، التبغ، الغليون الفاخر، الولاعة في المدفأة، و أقسمت ألا أعود ثانية إلى التدخين.

١٢. توفير النقود : أمثلة أن يقول المدخن لنفسه :
- عندما ازدادت نسبة الأسعار و الضريبة على التبغ و وجدت أن التدخين يحتاج أكثر من ١٠% من دخلي الشهري قررت الإقلاع عنه نهائيا.
- لقد احتجت بعض الأحذية و الملابس الجديدة، لكن دخلي محمود و لا يوجد لدي نقــود لشراء هذه الحاجات فقررت وضع ثمن السجائر يوميا في علبة، و بسرعة بدأ المبلغ ينمو، و كان سهلا علي شراء الملابس و الأحذية .
- لقد رزقت الطفل الرابع، و كان صعبا علي أن أجد نقودا لأشتري السجائر و الطعام و الحليب و الملابس لأسرتي.. فورا أقلعت عن التدخين و حُلت المشكلة.
- بعد جمع تكاليف التدخين في سنة واحدة أصبت بالصدمة، كيف لا أعي ضخامة المبلغ الذي يكفي لقضاء الإجازة مع عائلتي في أحسن الأماكن الترفيهية الجميلة.
- لقد دفعت ثمن٤٠ سيجارة يوميا إلى حصالة النقود الخاصة بطفلي الصغير، و بدلا من تدخين السيجارة كنت أقطع عود الكبريت بين أسناني، فكسبت صحتي، و زاد رصيد طفلي في حساب التوفير. (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٨٣- ٨٥).

١٣. تغيير السلوك اليومي:
مثل التنفس المنتظم بمعدل ١٦ مرة في الدقيقة و أخذ قسط وافر من النوم و إشغال الفم و اليد بأي عمل أو طعام مثل تناول حبات النعناع و المكسرات . (الزهــار، ١٩٨٧: ٦٣-٦٤).

١٤. الإيحاء الذاتي:
- بالقول يوما بعد يوم: (سأصبح مريضا إذا دخنت و مع التكرار أقلعت عن التدخين) .

- لقد أقلعت عن التدخين بتضخيم الآثار الجانبية السيئة للتدخين كعادة قذرة و فاحشة مثل الاختناق، إخراج البلغم المقرف، رائحة النيكوتين النتنة و هكذا.
- لقد وجدت معركة نفسية بين لفافة السجائر و بيني.. من سيفوز؟ من الغالب؟ و أبيت إلا أن أكون المنتصر، كيف أسمح لسيجارة أن تنتصر علي؟ و لذلك هجرتها و كسبت التحدي.
- مجرد مزاح .. لقد احتد مزاجي على نفسي لأنني مدخن، فأقلعت عن التدخين.
- لقد جلست و تأملت وضعي: ما الذي جعلني مدخن؟ إنها عادة ، مجرد عادة و كل وقت أشعر أنني أرغب في تدخين سيجارة أنظر إلى نفسي كطفل غبي يحتاج إلى دمية، و بهذا أقلعت عن التدخين.
- اشتريت تبغا نفلا أو فرطا، و قمت بلف سجائر خاصة بورق عادي لا يحترق بسهولة كورق السجائر الجاهز، و هذا جعلني أتذوقها بطريقة أقل متعة من الجاهزة، وكان بذلك سهل علي الإقلاع.. أسرع طريقة للإقلاع ألاّ أشتري سجائر جديدة.
- الذهاب إلى فراش النوم مبكراً يقلل من الاشتياق للتدخين. (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٨٥- ٨٦).

١٥. دور الأهل:

عندما يكتشف الأهل أن ابنهم مدخن مدمن على التبغ، يتوجب عليهم التحلي بالصبر و الرؤية و الهدوء و الحكمة و بذل الجهود الصادقة لمعرفة الأسباب الرئيسة الحقيقية التي أدت به كشاب مراهق إلى إدمان السجائر و بالتالي يتطلب الأمر من الأهل العمل الجاد على معالجة إدمان ابنهم بإيجاد حلول واقعية.(جعفر، ٢٠٠٢: ١٦٧).

١٦. دور الأصدقاء :

- تزوج غير مدخنة و تزوجي غير مدخن.
- الإقلاع المشترك أو الجماعي.
- التعاهد و التباهي و التفاخر بالإقلاع عن التدخين.
- الضامن أو الكفيل (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٨٧).

١٧. دور المدرسة :

مساعدة الأهل عن طريق معايشة مشاكل المراهق و البحث معه عبر أسلوب الحوار الإيجابي و البناء في طرق معالجة ما يعانيه و إتباع منهج الصراحة و الشفافية و إقامة **علاقة** صداقة مع المراهق حتى يتمكن المعلم (المرشد الاجتماعي) من الدخول إلى لب المشكلة التي دفعت هذا الشاب إلى الإدمان على التدخين كي يستطيع المعلم في نهاية

المطاف إقناع تلميذه بضرورة التخفيف التدريجي حتى الوصول إلى مرحلة الإقلاع النهائي عن تعاطي التبغ .(جعفر، ٢٠٠٢: ١٦٨).

١٨. المساعدة المهنية :

- استخدام اللبان الحاوي لبعض النيكوتين، و لكنها قد تكون مكلفة ماديا أكثر من التدخين نفسه.
- التنويم المغناطيسي قد يساعد في الإقلاع عن التدخين.
- العلاج بالوخز بالإبر قد يفيد.
- عيادات ضد التدخين.
- تمارين اليوجا Yoga . (أبو طويلة، ٢٠٠٠: ٨٦).
- علكة النيكوتين (النيكوريت أو الكالبو لاكريلكس
- لصقة النيكوتين.
- أقراص مصنوعة من مادة اللوبيلين .(جعفر، ٢٠٠٢: ١٧٦).

و يعتبر(البار، ١٩٨٠: ٤٥) السنتين الأولتين من الإقلاع مهمة جدا . و في هذه الفترة ينبغي أن يتعاون المجتمع و الأصدقاء مع الشخص الراغب في الإقلاع عن التدخين و توفير كافة السبل له حتى ينجح في التغلب على إدمانه.

المبحث الثاني: القلق النفسي Anxiety:

تعد دراسة القلق من الموضوعات الهامة التي لا زالت تحتل – إلى حد كبير – مكـــان الصدارة في البحوث النفسية و الإكلينيكية ، خاصة و نحن نعيش في عصر غـــامض محفـــوف بالتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية ولا يعتبر القلق السمة المميزة لعصرنا الحالي فقط ، فالقلق قديم قدم الإنسانية ، فالحياة البدائية لم تكن خالية من القلق. و مصدر هذا القلق كان الحيوانـــات الضخمة التي كانت تشكل تهديدا حقيقيا للإنسان ، إلا أن القلق في العـــصر الحـــديث ، أصـــبح إشارة لظاهرة مرضية ، يتعرض لها الأفراد بمستويات مختلفة ، بـــسبب فقـــدان الاطمئنـــان و الأمان النفسي ، إضافة إلى أن حياة الإنسان المعاصر أصبحت لا تخلو من تلك العوائق البيئية و الشخصية المتداخلة ، التي قد تحول دون إشباع حاجاته النفسية و البيولوجية و تحقيق أهدافـــه ، الأمر الذي قد يزيد من معدلات القلق لديه (الساعاتي : ١٤٢٠هـــ:٢١٧).

مفهوم القلق :

يعتبر القلق من أكثر الأمراض النفسية شيوعا و انتشارا بين الناس حيث يمثل دورا هاما في اضطراب وظائف الجسم ، خاصة في ظل هذا التقدم التكنولوجي الهائل و السريع في هـــذا العصر الذي يزيد من أعباء و معاناة الفرد و القضاء على طاقات الإنسان و إبداعاته (زهران، ١٩٧٧ :٢٩٧) .

تعريف القلق لغةً :

جاء في المنجد (البعلبكي، ١٩٧٣: ٦ ٥١) القلق لغةً – من كلمة قَلِقَ قلقاً أي اضـــطرب و انزعج فهو قَلِق و مِقلاق ، و كلمة أَقلَق أي أَزعج .

تعريف القلق اصطلاحاً :

يعرف شاذلي القلق بأنه " حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلـــى أو رمزي قد يحدث ويصبحها خوف غامض وأعرض نفسية وجسمية "(شاذلي،١٩٩٩: ١١٢) .

أما عكاشة فيعرف القلق بأنه" شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفـــز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيـــادة نـــشاط الجهـــاز العـــصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة، مثل:الشعور(بالفراغ فـــي فـــم المعـــدة)أو(الـــسحبة فـــي الصدر)أو(ضيق في التنفس)،أو(الشعور بنبضات القلب)،أو(الصداع) أو(كثرة الحركة)..الـــخ "، كما و يعطي عكاشة تعريفاً آخراً للقلق بأنه " رد فعل نفسي وجـــسدي نتيجـــةً للـــشد العـــصبي ومواقف الحياة اليومية غير المريحة ، كما و يعتبر صمام الأمان، الذي يقوم بتحذير الإنسان من وجود خطر ما يهدده وضرورة تجنب هذا الخطر من خلال سلوك أو ردود فعل معينة أو مـــن خلال سلسلة من التغييرات الفسيولوجية الداخلية والتي من شأنها مساعدة الإنسان على التعـــامل

مـــع موقف الخطـــر الوشيك ســـــواء بالهـــــــرب من الموقــــــف أو مواجـــــهة الموقف " (عكاشة ،٢٠٠٣ : ١٣٤) .

و هناك تعريف آخر يتضمن القلق كاستجابة لخطر أو تهديد ، و هو بأن القلق عبـــارة عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء ما ، دون أن يستطيع تحديده تحديدا واضحا و غالبا مـــا تـــصاحـــب هـــذه الحالـــة بعـــض التغيـــرات الفسيولوجـــية (عبد الغفار ، ١٩٧٦:١١٩).

كما أن هناك تعريفات ركزت على القلق بمعناه العام ، و من هذه التعريفـــات تعريـــف Masserman الذي يرى أن القلق هو عبارة عن حالة من التوتر الشامل ، الذي ينشأ من خلال صراعات الدوافع و محاولات الفرد للتكيف (فهمي ،١٩٧٦:٢٠١) .

و لمنسي تعريف شامل للقلق مفاده بأن القلق عبارة عن إحساس الفرد بالرعب المستمر و الخوف نتيجة لقيم معينة بحيث يحملها الفرد بداخله ، أو من أحداث خارجية لا تبرر وجـــود هذه الإحساس ، فالقلق قد يعني مجموعة أحاسيس و مشاعر انفعالية يدخل فيها الخوف و الأم و التوقعات السيئة و هو خبرة انفعالية مؤلمة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد مـــن شيء دون أن يستطيع تحديده بدقة أو بوضوح (منسي، ١٩٩٨:٣٦)

كما قدم الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضـــطرابات العقليـــة (DSM VI) تعريفا للقلق بأنه حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب و بوجود عدد من الأعراض يـــشترط توفر ثلاث منها على الأقل هي : وجود صعوبة في التركيـــز، و ســـرعة الانفعـــال، و تـــوتر العضلات و إجهادها، و اضطرابات النوم، كما تصاحبها أعراض عضوية تشير إلـــى النـــشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي (حجازي، ١٤٢٣هـــ: ١٥) .

و **يعرف الباحث القلق إجرائياً** بأنه " شعور غامض غير سار يصاحبه خوف غيـــر مبرر ، مصحوب ببعض التغيرات الفسيولوجية ، ناجم عن أسباب بيولوجيـــة أو اجتماعيـــة أو نفسية ".

عصرنا عصر القلق:

لا يجزم عكاشة بصحة القول بأن هذا العصر هو (عصر القلق)، لأنه مما لاشك فيه أنه في الأزمنة السابقة، عانى الناس من الجوع، والمرض ، والعبودية والحروب وكـــوارث عامـــة مختلفة، جعلتهم معرضين للقلق مثلما نحن الآن، ولكن تعقيـــد الحـــضارة ، وســـرعة التغيـــر الاجتماعي،وصعوبة التكيف مع الشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي، وصـــعوبة تحقيـــق الرغبات الذاتية، على الرغم من إغراءات الحياة، وضعف القيم الدينية والخلقية مع التطلعـــات الأيديولوجية المختلفة تخلق الصراع والقلق عند كثير من الأفراد؛ مما يجعل القلق النفسي هـــو

المحور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والعقلية السيكوسوماتية. غير أن الباحث يرى من خلال عمله كطبيب نفسي في عيادة الصحة النفسية المجتمعية أنه قد يكون عصرنا هذا هو بالفعل عصر القلق و ذلك من خلال ملاحظته للعد غير القليل من المرضى المترددين على العيادة و الذي يعاني أغلبهم من القلق النفسي، كما و يرى الباحث أيضاً أن القلق النفسي يكون مصاحباً لمعظم الأمراض النفسية (عكاشة ،٢٠٠٣ : ١٣٤).

و يرى شاذلي أنه ورغم أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا وهذا هو ما يعرف باسم عصاب القلق أو القلق العصابي أو استجابة القلق – رد فعل القلق (شاذلي، ١٩٩٩ : ١١١) .

الفرق بين الخوف والقلق :

يعتقد عكاشة بأن الخوف و القلق عادة ما يكونان وحدة ملتصقة،ولكن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة في اتجاهه في وسط الطريق يختلف تماماً عن شعوره بالخوف و القلق، عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبتهم، كذلك من الناحية الفسيولوجية ، فالخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم، وضربات القلب وارتخاء في العضلات؛مما يؤدى أحيانا إلى حالة إغماء،أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب، وتوتر بالعضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة. و يفرق عكاشة بين القلق والخوف من جانب الاختلاف السيكولوجي فيرى أن القلق سببه أو موضوعه مجهول و التهديد داخلي و التعريف غامض و الصراع موجودة و المدة مزمنة ، أما الخوف فسببه أو موضوعه معروف و التهديد خارجي و التعريف محدد و الصراع غير موجودة و المدة حادة (عكاشة ،٢٠٠٣ : ١٣٤-١٣٥) .

و يؤيد وجهة النظر هذه شاذلي فيقول بأن القلق خوف داخلي من مجهول فلا يتنبه الفرد إلى مصدره عادة ويتم على مستوى اللاشعور أما الخوف فيتم من أمور خارجية معروفة المصدر يواجهها الفرد على مستوى الشعور، أيضاً فإن القلق غالبا رغم زوال مثيره الأصلي طالما يتناوله الفرد بالدراسة والتحليل، أما الخوف فيزول بزوال مثيره ، و القلق قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع، أما الخوف فينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلا، كذلك فإن المريض يعاني من القلق بسبب الصراعات أما في حالات الخوف العادي فلا توجد صراعات . و قد أسرد الباحث آنفاً تعريفاً للقلق، أما بخصوص الخوف فيرى الباحث أن الخوف هو " الفزع وهو غريزة طبيعية فطرت عليها نفوس البشر والحيوانات على السواء وهو انفعال مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمحافظة على البقاء، و لا يخضع للعقل و تصعب السيطرة عليه أو التحكم فيه وهو عملية نسبية يتفاوت فيها الناس تبعاً للعوامل البيئية والجسمية والنفسية التي يمرون بها " (شاذلي، ١٩٩٩ : ١١١) .

الأسباب و العوامل المساعدة في نشوء القلق:

يرى شاذلي بأن القلق هو أشيع حالات العصاب ومن أشيع الاضطرابات النفسية عموما، فهو يمثل من ٣٠ – ٤٠% من الاضطرابات العصابية . وهو أكثر انتشاراً لدى الإناث منه لدى الذكور ويظهر كثيرا في الطفولة والمراهقة وسن القعود والشيخوخة (شاذلي ،١٩٩٩: ١١١).

و ينبه عكاشة إلى ضرورة عدم إغفال الأبحاث الحديثة عن تأثير العوامل الوراثي على ظهور أمراض القلق، فيشير إلى أنه قد أثبتت دراسات التوائم تشابه الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية،كذلك أوضحت دراسة العائلات أن من الآباء وأخوة مرضى القلق يعانون من المرض نفسه، وقد وجد سليتر وشليدز١٩٦٢ ،١٩٦٩ أن نسبة القلق في التوائم المتشابه تصل إلى ٥٠% وأن حوالي ٦٥% يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت النسبة في التوائم غير المتشابهة، فوصلت إلى ٤% فقط،أما سمات القلق فظهرت في من ١٣% من الحالات، ولذا فالوراثة تلعب دورا مهما في الاستعداد للمرض. وتزيد نسبة أعراض القلق في النساء عنها في الرجال والقلق من أكثر الأمراض شيوعا في العالم بأجمعه، وقد وجد عكاشة أن حوالي ٢٠% من جميع المرضى المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسي، وهى أعلى نسبة بالنسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية، وتبين في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة أن نسبة انتشار اضطر بات القلق كلها بين مجموع الشعب تصل إلى ٨–١٤% أما القلق النفسي العام فتصل نسبته بين مجموع الشعب إلى حوالي١–٣% ولعامل السن أثره في نشأة القلق ، فيزيد المرض مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة ،والشيخوخة ،فيظهر القلق في الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين،فيكون في هيئة خوف من الظلام،والغرباء والحيوانات والأطفال الكبار،أو الخوف من أن يكون الطفل وحيدا بالمنزل ،أو يظهر في هيئة أحلام مزعجة،فزع ليلى..الخ ..أما المراهقة فان القلق يأخذ مظهرا آخر من الشعور بعدم الاستقراء،والحرج الاجتماعي،خصوصا عند مقابلة الجنس الآخر،والإحساس الذاتي بشكله،وجسمه،وحركاته،و تصرفاته ومحاسبة نفسه والناس على كل شيء. مع الشكوى من علل بدينة مختلفة بالنسبة للعادة السرية والاستمناء الليلي،ثم يبدأ في القلق على حجم العضو التناسلي،مع الخجل والحياء الشديدين وأحيانا يظهر في المراهقة التلعثم في الكلام ،وتقل أعراض القلق في سن النضوج لتظهر ثانيا في سن الشيخوخة،حيث يزيد استعداد الفرد لظهور هذا المرض ومن هنا يتضح لنا أن الفرد يولد بالاستعداد الوراثي في جهازه العصبي للقلق النفسي ،ويظهر المرض عند تعرضه لنوع من الإجهاد بكافة أنواعه التي سبق الكلام عنها (عكاشة،٢٠٠٣ : ١٣٥–١٣٦).

بالإضافة إلى ما أورده عكاشة فيدرج (شاذلي، ١٩٩٩: ١١٤– ١١٥) أسباباً أخرى للقلق منها الاستعداد النفسي و المقصود الضعف النفسي بشكل عام والشعور بالتهديد الداخلي أو

الخارجي التي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والأزمات والمتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة وتعود الكبت بدل من التقدير الواعي لظروف الحياة والصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصادياً أو زواجياً أو مهنيا والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية . كذلك من أسباب القلق أيضاً مواقف الحياة الضاغطة ومطالب ومطامح المدنية المتغيرة والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم والحرمان وعدم الأمان واضطراب الجو الأسري والوالدان العصابيان القلقان وعدوى القلق وخاصة من الوالدين . و تلعب أيضا مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة دوراً هاماً في نشوء القلق مثل الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة وغيرها واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين. و من أسباب القلق أيضاً التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا) والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة ، والإرهاق الجسمي والمرض . و من أسباب القلق الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص و كذلك عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات .

فسيولوجية القلق:

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعية السمبثاوى و الباراسمبثاوى، ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم. ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوى أن يرتفع ضغط الدم،وتزيد ضربات القلب، وتجحظ العينان، ويتحرك السكر من الكبد، وتزيد نسبته في الدم، مع شحوب في الجلد، وزيادة العرق، وجفاف الحلق، وأحيانا ترتجف الأطراف، ويعمق التنفس. أما ظواهر نشاط الجهاز الباراسمبثاوى، فأهمها كثرة التبول والإسهال، ووقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم. ويتميز القلق فسيولوجيا بدرجة عالية من الانتباه واليقظة المرضى في وقت الراحة، مع بطْ التكيف للكرب، أي إن الأعراض لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد،نظرا لصعوبة التكيف في مرضى القلق. والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو الهيبوثلاموس(المهاد التحتاني)،وهو مركز التعبير عن الانفعالات، وعلى اتصال دائم بالمخ الحشوي، والذي هو مركز الإحساس بالانفعال، كذلك فالهيبوثلاموس على اتصال بقشرة المخ لتلقى التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشرة المخ ، والهيبوثلاموس، والمخ الحشوى ومن خلال هذه الدائرة العصبية نعبر ونحس بانفعالاتنا. وإذا أُخذ في الاعتبار أن هذه الدائرة العصبية تعمل من خلال سيالات وشحنات كهر بائية وكيمائية وأن المواصلات العصبية المسئولة عن ذلك هي السيروتونين، والنورأدرينالين،

والدوبامين، والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن آي جزء آخر في المخ، مع وجود الأستييل كولين في قشرة المخ، وأن النظريات الحديثة في أسباب معظم الأمراض النفسية والعقلية هـي خلل في توازن هذه المواصلات العصبية.. كل ذلك يجعلنا نؤمن أنه من الممكن التـأثير فـي الانفعالات المختلفة خصوصا القلق والاكتئاب بإيجاد نوع من التوازن في هذه المواصلات، وهو ما يحدث مع العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب، بل إن الجلسات الكهربائية تحدث تأثيرها بتغيير الشحنات الكهربائية وبالتالي المواصلات العصبية،وأحيانا نلجأ لقطع الألياف العصبية الموصـلة بين قشرة المخ،و الهيبوثلاموس والمخ الحشوي لتقليل الانفعالات الشديدة،عن طريـق عمليـة جراحية . ونركز كلامنا هنا على القلق النفسي كاضطراب أولي،ولكن يظهر القلـق كعـرض ثانوي في معظـم الأمـراض النفـسية والعـقلية والجسمية ، ويكون علاجه أسـاسا عـلاج المـرض المسـبب له (عكاشة ،٢٠٠٣ : ١٣٦).

سيكولوجية القلق :

يقول (كفافي ، ١٩٩٠ : ٣٤٢) إن القلق هو القاسم المشترك الأعظم فـي الاضـطرابات النفسية والقلق هو الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه أو تعرض للخطر أو لقي إهانـة أو أحبط مسعاه أو وجد نفسه في موقف صداعي حاد ولذا يعتبر القلق من أكثر التعبيرات الـشائعة في مجال علم النفس عموما والكتابات الخاصة بمجال الصحة النفسية بوجه خاص ومع ذلك فان هذا المصطلح لم يكن شائعا حتى عقد الثلاثينيات من هذا القرن وربما يعود الفضل في إذاعته إلى فرويد حيث استخدمه مؤسس التحليل النفسي في محاضراته التمهيديـة الأولـي (١٩١٦- ١٩١٧) وفي محاضراته التمهيدية الأخرى (١٩٣٢- ١٩٣٣) وقد عنـون بـه أحـد كتبـه . ومصطلح القلق من المصطلحات القليلة التي يستخدمها علماء النفس مـن جميـع الاتجاهـات النظرية أي انه تعبير يجد إجماعا عليه من الباحثين والكتاب بل إن الإجماع لا تقيد على استخدام المصطلح والاعتراف به بل يتعدى ذلك إلى الاتفاق بصفة عامة على مظاهره وعلاماته. والقلق خبرة انفعالية مكدرة أو غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد كما أسلفنا وكثيرا ما يصاحب هذه الحالـة الانفعاليـة الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية خاصة عندما تكون نوبة العلكة حادة مثل ازدياد ضربات القلب وزيادة التنفس وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية وزيادة العرق والارتعاش فـي الأيـدي والأرجل . كما قد يتأثر إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق .

حالة القلق وسمة القلق :

يرى (كفافي ، ١٩٩٠ : ٣٤٣ - ٣٤٤) أن القلق مثله مثل الإحباط والصداع عملية نفسية شائعة بين جميع الناس فكلنا يعرف القلق ويعاني منه في بعض المواقف أي انه خبـرة يوميـة

حياتية عند الإنسان في جميع الأعمار وهذا يقودنا إلى التفرقة التي أصبحت معروفة ومعترفا بها في علم النفس حديثا وهي التفرقة بين نوعين من القلق النوع الأول هو القلق كحالة أو حالة القلق Anxiety State والنوع الثاني وهو القلق كسمة أو سمة القلق Anxiety Trait ، وتشير حالة القلق إلي وضع طارئ و وقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تثير هذا القلق وباختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها أو بالابتعاد عنها تنتهي حالة القلق وتتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر Threat التي يدركها الفرد متضمنة في الموقف وهي حالة اقرب كما يظهر إلي حالة الخوف . أما سمة القلق فتشير إلي أساليب استجابية ثانية نسبيا تميز شخصية الفرد أي أن القلق المثار في هذه الحالة اقرب إلي أن يكون مرتبطا بشخصية الفرد منه إلي ميزات الموقف ولذا يرتبط التفاوت في درجة هذا القلق بدرجة القلق التي تسم الفرد أكثر من ارتباطها بحجم التهديد أو الخط المتضمن في هذا الموقف وهذا القلق الأخر هو الأكثر ارتباطا بالصحة النفسية الفرد وهو الذي يتحدث عنه العلماء كعرض للاضطرابات العصابية ولذا يمتد في نشأته ونموه إلي خبرات الطفولة والمثيرات التي يتعرض لها الفرد أثناء التنشئة الاجتماعية وهذا يعني أن كل الناس يمرون ب (حالة قلق) إذا عرض لهم ما يقلق ولكن بعضهم فقط هم الذين يتسمون (بسمة القلق) وربما كان كاتل أو من أشار إلى هذين النوعين من القلق وقد تابع سبيلبرجر هذه التعرفة ووضعها في إطار نظري وأوضح أن الفرد الذي لدية سمة القلق يكون أكثر قنبها ووعيا من الآخرين لدرجة الخطر في الميزات التي تعرض له وقد يدرك بعض الموضوعات باعتبارها مهددة له وخطرة عليه وهي في الواقع ليست كذلك وتكون استجابته القلقة أو المعبرة عن القلق دالة علي قدر الخطر والتهديد الذي أدركه .

التحليل النفسي للقلق:

يقول (كفافي، ١٩٩٠ :٣٤) إن فرويد كان من أكثر علماء النفس استخداما لمصطلح القلق، بل أن إذاعة هذا المصطلح وشيوعه يعود في جزء كبير منه إليه كما أسلفنا . وينظر فرويد إلى القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية أو يكدر صفوها على القلق. فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعنى أن دوافع اللهو والأفكار غير المقبولة والتي عملت الأنا بالتعاون مع الأنا الأعلى على كبتها وهى دوافع وأفكار لا تستسلم للكبت، بل تجاهد لتظهر مرة أخرى في مجال الشعور – تقترب من منطقة الشعور والوعي وتوشك أن تنجح في اختراق الدفاعات، وعلى هذا تقوم مشاعر القلق بوظيفة الإنذار للقوى الكاتبة ممثلة في الأنا والأنا الأعلى لتحشد مزيدا من القوى الدفاعية لتحول دون المكبوتات والنجاح في الإفلات من أسر اللاشعور، وعلى آية حال فان المكبوتات وإذا كانت قوية فان لهذه القوة أثرها السلبي على الصحة النفسية لأنها إما أن تنجح في اختراق الدفاعات والتعبير عن نفسها في سلوك الأسرى أو

عصابي، أو أن تنهك دفاعات الأنا بحيث يظل الفرد مهيأ للقلق المزمن المرهق، والـــذي هـــو صورة من صور العصاب أيضا.

ثم عاد فرويد بعد ذلك وميز في القلق ثلاث صور تقابل المنظمات النفسية الفاعلة فـــي الشخصية حسب ما افترض في نظريته وهى الأنا والهي والأنا الأعلى.

وأنواع القلق التي تقابلها هي القلق الموضوعي والقلق العصابي والقلق الخلقي.

- **القلق الموضوعي:**

وربما هذا النوع أقرب أنواع القلق إلى السواء. وهو قلق ينتج عن إدراك الفرد لخطر ما في البيئة ويكون للقلق في هذه الحالة وظيفة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه أو يتجنبه أو بإتباع أساليب دفاعية إزائه

ويلاحظ أن هذا النوع من القلق يثار بفعل مثير واقعي في البيئة الخارجية يدركه الأنا على نحو مهدد، ولذا فان هذا القلق أقرب إلى الخوف من حيث أن كليهما يثار بفعل موضـــوع خارجي في البيئة ومحدد نسبيا، وهو نسبة كذلك ما أسماه سبيليرجر بحالة القلق. لأن من المتوقع أن الفرد حينما يدرك أحد موضوعات البيئة باعتبارها موضوعا مهددا أو أخطرا فانه يستجيب لذلك بدرجة من القلق.

- **القلق العصابي:**

أما القلق العصابي فينشأ نتيجة محاولة المكبوتات الإفلات من اللاشعور والنفـــاذ إلـــى الشعور والوعي. ويكون القلق هنا بمثابة إنذار للأنا أن يحـــشد دفاعـــه، حتـــى لا يعيـــد اللاشعوري شعوريا. وإذا كان القلق الموضوعي يعود إلى مثيرات خارجية في البيئة، فان القلق يرجع إلى عامل خارجي وهو دفاعات الهي الغريزية، والتي توشك أن تتغلب على الدفاعات وتحرج الأنا إحراجا شديدا لأنها تجعله في صدام مـــع المعـــايير الاجتماعيـــة، والعقوبات الذاتية على تجاهلها والخروج عليها، ويتجلى عدم تحديد مثيرات القلق بوضوح في حال القلق العصابي حيث تكون هذه المثيرات داخلية بل لاشعورية بعيدة عـــن إدراك الفرد.

ويتمثل القلق العصابي في بعض الصور منها مشاعر الخوف الدائمة التـــي يستـــشعرها الفرد في جميع المواقف حتى غير المخيف منها، وذلك نتيجة الإلحاح المستمر لغرائـــز الهـــي المكبوتة على الأنا والدفاعات، مما يجعل الفرد في حالة خوف وتوجس دائمين مـــن أن تغلبـــه غرائزه، فنجده يتجنب كثيرا من المواقف، ويتسم سلوكه بالعزلة والانطواء، ويستنفذ جزء كبير من طاقته في تعزيز دفاعاته، وبالطبع فان الفرد ينسب إلى هذه الموضوعات الخارجيـــة فـــي المواقف صفات التهديد والخطر، مع أن التهديد والخطر ينبعثان من داخله. ومن صور القلـــق العصابي أيضا (الفوبيا) وهى الخوف الذائد من أشياء ليس لها أن تولد الخوف فضلا عن الخوف

الذائد. مثل السيدة التي تمتلئ رعبا من منظر القطط أو بعض الحيوانات أو الحشرات، أو الرجل الذي لا يستطيع أن ينظر من مكان مرتفع، أو يستعبده الخوف الشديد وإذا وجد نفسه في مكان مغلق أو مكان متسع. وهى مشاعر ترتبط بملابسات إثارة بعض الدوافع في الطفولة تعرضت للنسيان فيما بعد. كذلك من ضروب القلق العصابي تراكم مشاعر القلق المكبوت نتيجة عمليات الكبت الشديد الممارس عليها، ثم التعبير عن هذه المشاعر في مناسبات عادية أو إزاء موضوعات معينة. ويلعب ميكانزم الإزاحة والنقل Displacement دورا في هذا القلق لأنه يزيح مشاعر القلق الحبيسة ويلصقها بموضوع ما، ومن الصور الشهيرة في هذا النوع من القلق ما يحدث في هستيريا التبدين، حيث تمثل الأعراض الهستيرية تعبيرا عن قلق مكبوت، لأنه يرتبط بإشباع غريزي محرم، وفى خلال النوبة الهستيرية يمكن تحقيق نوع من الإشباع البديل من وراء القوى الكابتة.

أعراض القلق :

يقسم (شاذلي ، ١٩٩٩: ١١٥ – ١١٦) أعراض القلق إلى جسمية و نفسية فالجسمية تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد والأزمات العصبية الحركية والصداع المستمر وتصبب العرق وعرق الكفين و شحوب الوجه وسرعة النبض وآلام الصدر وارتفاع ضغط الدم واضطراب التنفسي وعسره والشعور وبضيق الصدر والدوار والغثيان والقيء والسعال وعسر الهضم وفقد الشهية واضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة واضطراب الوظيفة الجنسية (العنه والقذف السريع عند الرجال والبرود الجنسي واضطراب الدورة الشهرية عند النساء) . و أما الأعراض النفسية فتشمل القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل والعصبية والتوتر العام وعدم الاستقرار والحساسية النفسية الزائدة وسهوله الاستثارة والهياج والشك والارتياب والتردد في اتخاذ القرارات وهم والاكتئاب العابر والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وتوهم المرض وضعف التركيز وشرود الذهن وضعف القدرة على العمل والإنتاج وسوء التوافق الاجتماعي و سوء التوافق المهني و قد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط.

أما (عكاشة ،٢٠٠٣ : ١٣٩) فيعطي تفصيلاً أعم و أشمل للأعراض الإكلينيكية للقلق فيصنف القلق إلى صنفين: القلق الحاد و القلق المزمن.

أولاً : القلق الحاد: و يأخذ ثلاثة أشكال:

- حالة الخوف أو الهلع.
- حالة الرعب الحاد .
- إعياء القلق الحاد .

ثانياً : القلق المزمن : و يأخذ ثلاثة أشكال أيضاً :

- أعراض جسمية .
- أعراض نفسية.
- أعراض سيكوسوماتية (نفسجسمية) .

المبحث الثالث: الشخصية Personality:

تحتوي اللغة الإنجليزية كما يقول هول (هول ،١٩٦٩ :٢١) على كلمات قليلة لها ما لكلمة الشخصية من سحر لدى العامة . و بالرغم من أن الكلمة تستخدم في معانٍ كثيرة متعددة فإن معظم هذه المعاني الدارجة أو الشعبية تندرج ضمن فئتين . فالاستخدام الأول يقابل معنى الشخصية بالمهارة الاجتماعية و الحذق . فشخصية الفرد تقدر بما له من فاعلية تمكنه من استثارة استجابات ايجابية من جانب عديد من الناس في ظروف مختلفة . و هذا هو المعنى الذي تعنيه المدارس التي تتخصص في إكساب المرأة الأمريكية الجاذبية و السحر ، عندما تشير إلى برامجها في " تدريب الشخصية " و بالمثل ، فالمدرس الذي يشير إلى تلميذ على أنه يمثل مشكلة شخصية فإن الاحتمال لأنه يقصد أن مهاراته الاجتماعية ليست كافية لإقامة علاقات مرضية مع أقرانه من التلاميذ و مع مدرسيه . أما الاستخدام الثاني فيعتبر أن شخصية الفرد تتمثل في أقوى الانطباعات التي يخلقها مع الآخرين و أبرزها. و بذا يمكن القول أن الشخص له " شخصية عدوانية " أو " شخصية مستكينة " أو " شخصية مخيفة " . و في كل حالة من هذه الحالات يختار الملاحظ صفة أو خاصية مميزة أشد التمييز للمفحوص و يفترض أنها جزء هام من الانطباع الكلي يخلفه في الآخرين ، و تتعين شخصيته بهذه الكلمة أو الصفة . و واضح أن كلا الاستخدامين يتضمن عنصرا تقويميا . فالشخصيات توصف عادة إما شريرة أو طيبة .

و يرى الباحث أنه و بالرغم من أن التباين في الاستخدام العادي لكلمة الشخصية قد يبدو كبيرا فإن مختلف المعاني التي يضيفها علماء النفس على هذا الاصطلاح قد تغلب عليه .

أما عيسوي (عيسوي ، ٢٠٠١ : ١٩) فيعرف الشخصية على أنها ذلك التنظيم المتكامل الدينامي للصفات الجسدية و العقلية و النفسية و الخلقية و الاجتماعية و الروحية للفرد كما تبين للآخرين خلال عملية الأخذ و العطاء في الحياة الاجتماعية ، أو التفاعل و تضم الشخصية الدوافع الموروثة و المكتسبة و العادات و التقاليد و القيم و الاهتمامات و العقد و العواطف و المثل و الآراء و المعتقدات و السمات و الاتجاهات و الميول و القدرات و الاستعدادات و الأمراض .

أما موراي فيعرف الشخصية على أنها " الجهاز المسيطر على الجسم و هي المؤسسة التي تظل تعمل دون توقف منذ الميلاد حتى الموت في عمليات تحويلية وظيفة (موراي ،١٩٥١: ٤٣٦) .

و ينبغي التمييز بين ما أسماه أولبورت بالتعريفات **الحيوية الاجتماعية** و التعريفات الحيوية الفيزيقية (هول ،١٩٦٩ : ٢١- ٢٢) حيث يبدي التعريف الحيوي الاجتماعي اتفاقا وثيقا مع الاستخدام الشعبي للاصطلاح إذ يساوي بين الشخصية (**و بين القيمة التنبيهية**

الاجتماعية) للفرد فاستجابة الآخرين للفرد هي التي تحدد شخصيته و قد يذهب المرء إلى حد القول أن الفرد لا يمتلك شخصية عدا تلك التي تعطيها استجابة الآخرين . و يعترض أولبورت بشدة على ما يتضمنه ذلك من أن الشخصية تستقر فحسب في " **استجابة الآخر** " ، و هو يرى أنه من الأفضل كثيرا الأخذ بالتعريف " الحيوي الفيزيقي " الذي يرسي جذور الشخصية بقوة الخصائص أو الكيفيات التي تميز الفرد و حسب هذا التعريف الأخير أن تتميز الشخصية بجانب عضوي كما تتميز بجانب مدرك ، و يمكن ربطها بالخصائص الكيفية النوعية للفرد ، و التي تقبل الوصف الموضوعي و القياس .

و هناك نمط آخر هام من التعريف هو " **حقيبة الخرق أو التعريف الجامع** " و هذا التعريف يحيط بالشخصية عن طريق العد . فيستخدم اصطلاح الشخصية هنا ليتضمن كل شيء يتصل بالفرد ، و عادة ما يدرج صاحب النظرية المفهومات التي يعتبرها ذات أهمية أولية في وصف الفرد و التي يرى أن الشخصية تتكون منها . و هناك تعريفات أخرى تهتم أساسا بالوظيفة التكاملية أو التنظيمية للشخصية . و مثل هذه التعريفات ترى أن الشخصية هي التنظيم أو النمط الذي يخلع على هذه الضروب الجزئية و المتباينة من سلوك الفرد ، أو أن التنظيم نتاج للشخصية التي هي قوة ايجابية فعالة في الفرد . إن الشخصية ذلك الذي يعطي تآلفا و نظاما لجميع الأشكال المختلفة من السلوك الذي يمارسه الفرد . إن عددا من أصحاب النظريات قد اختاروا تأكيد وظيفة الشخصية بوصفها وسيطا في توافق الفرد فالشخصية تتكون من الجهود التي يبذلها الفرد في التوافق و هي جهود متباينة و إن كانت مميزة . و ثمة تعريفات أخرى ترى الشخصية مرادفا للجوانب **الفريدة** أو الفردية من السلوك . و بهذا المعنى تصبح اصطلاحا يشير إلى تلك الأشياء التي يتصف بها الفرد و التي تميزه و تفرق بينه و بين بقية الأشخاص . و أخيرا ، يعتبر النظريون أن الشخصية تمثل **جوهر** الإنسان . و ترى هذه التعريفات أن الشخصية تشير إلى ذلك الجانب من الفرد الذي يمثله أكثر من بقية الجوانب الأخرى ، ليس لأنه الجانب الذي يفرق بينه و بين الأشخاص الآخرين فحسب . و لكن أهم من ذلك ، لأنه هو ما يكون عليه المرء في حقيقته . و يتمثل هذا النوع من التعريف فيما يراه أولبورت من أن " **الشخصية هي ما يكون عليه الإنسان في حقيقته** " و مقتضى ذلك أن الشخصية تتكون في نهاية الأمر من أكثر الأشياء تمثيلا و أعمقها تمييزا للشخص .

تقول (أحمد ،٢٠٠٣: ٩-١١) أن الشخصية تفيد أولاً بوجود كائن شخص ، أي شخص لا مجرد صفات مجردة ولا روحاً أو ما شابه ، كما تعني كلمة الشخصية وحدة متكاملة متضمنة ما في الشخص من صفات و مميزات و خصائص جسمية و عقلية ، موروثة أو مكتسبة بالإضافة إلى الجانب الاستبطاني من الشخصية و نظرة الشخص إلى ذاته . و إن كان اللفظ مشتقاً أصلاً من Persona أي القناع الذي كان يبدو فيه الممثل على المسرح، فإن الشخصية

لا تقتصر على ما يبدو به الشخص بل تتناول الجوانب العميقة التي قد تتجلى أثرها في السلوك أو التي تكتشف بالاختبارات و وسائل الدراسة النفسية و غيرها.

و يستخدم لفظ " الشخصية " أحياناً بمعنى قوة الشخصية أو بروز سماتٍ خاصة فيها تجعل لصاحبها شخصية فذة فيقال أن فلاناً رجل له شخصية مميزة . ولا تصدر أنواع النشاط المختلفة عن الإنسان مستقلة بعضها عن بعض ، بل إنها تصدر جميعاً في صورةٍ متناسقةٍ عن شخصية واحدة متكاملة . و تتكون شخصية الإنسان نتيجة تأثير كثير من العوامل ، و هي تمر بكثير من مراحل النمو . و قد تكون الظروف التي ينشأ فيها الإنسان حسنةً فتنشأ شخصية سوية معتدلة ، متزنة ، متواضعة، و قد تصاب الشخصية ببعض أنواع الاضطرابات فتختل، أو تنحرف أو يصيبها الشذوذ .

و التعريف الجيد للشخصية يجب أن يركز على عدة اعتبارات هي :

التكامل : و يتضمن كون الشخصية ليست مجرد مجموعة الصفات التي تكونها و إنما الوحدة الناتجة منها ، فقوة الشخصية تقاس بقدر ما يكون بين مكوناتها من تماسكٍ و انسجامٍ و تكامل.

الدينامية : و تشير إلى أهمية التفاعل المستمر بين عناصر الشخصية المختلفة .

الصفات الثابتة نسبياً في الشخصية : و هي تلك التي لا تتغير كثيراً على طول الزمن مثل هيئة الجسم و الذكاء العام و الاستعدادات الموروثة ، كما أن الشخصية ليست مجرد النواحي الجسمية فحسب و لكن تتضمن أيضاً النواحي الأخرى كآمال الشخص و أفكاره و مشاعره و ما يحب و يكره و ميوله ....الخ . كما لا يمكن دراسة شخصية لفردٍ منعزلاً عن المجتمع الذي يحيط به ، بل لا بد من دراسته خلال تفاعله الاجتماعي مع بيئته التي يعيش فيها .

التمييز : أي الطابع الفريد لكل فرد و هو الذي يجعل كل فرد مختلفاً عن غيره و هذا التمييز هو الأساس الذي يقوم عليه معنى الشخصية فلكل فردٍ شخصيته الفريدة و المتميزة .

و للشخصية مكونات رئيسية يجب أن لا نغفلها عند دراسة شخصية أي فرد و هي النواحي الجسمية ، و النواحي العقلية المعرفية ، و هي التي تتعلق بالوظائف العقلية العليا كالذكاء العام ــ القدرات الخاصة ، و النواحي الانفعالية المزاجية و تتضمن أساليب النشاط الانفعالي ، والنواحي البيئية و هي التي تتعلق بالعواطف و الاتجاهات و القيم التي تمتص من البيئة الخاصة بالفرد كالأسرة و المدرسة و المجتمع ... و النواحي الخلقية التي تميز صاحبها في تعاملاته المختلفة . و على هذا الأساس يجب أن ينظر للشخصية في ضوء أربعة محددات و ما بينها من تفاعلاتٍ و هذه المحددات الأربعة هي : المحددات التكوينية (البيولوجية) ، و محددات عضوية الجماعة ، و محددات الدور الذي يقوم به الفرد ، و محددات الموقف.

و يرى الباحث و نظرا لأن مجال الدراسة يتمحور حول سمات الشخصية أن نذكر شيئا من التعاريف التي وردت عن السمات .

تعريف السمات:

السمة في اللغة مشتقة من (س م م) . و السمت يعني السكينة و الوقار مجمع اللغة العربية (١٤٠٦هـ:٤٤٧) .و لقد تعدد تعاريف السمة لدى علماء النفس تبعا لاختلاف نظرتهم و نظريتاهم عن الشخصية، و قد ذكر عبد الخالق مجموعة من التعارف من أبرزها :

١. عرف ألبورت Albort السمة بأنها :

" تركيب نفسي عصبي له القدرة على أن يعيد المنبهات المتعددة إلى نوع من التساوي الوظيفي، و إلى أن يعيد إصدار و توجيه أشكال متكافئة و متسقة من السلوك التكيفي و التعبيري ".

٢. و يرى جيلفورد Gulford أن السمة :

" أي جانب يمكن تمييزه و ذو دوام نسبي و على أساس يختلف الفرد عن غيره " .

٣. أما أيزنك Eysenck فالسمات لديه :

" مجموعة من الأفعال السلوكية التي تتغير معا . و تعد السمات عنده مفاهيم نظرية أكثر منها وحدات حسية " .

٤. و عرف عبد الخالق السمة بأنها :

" خاصية أو صفة ذات دوام نسبي ، يمكن أن يختلف فيها الأفراد فتميز بعضهم عن بعض ، و قد تكون السمة وراثية أو مكتسبة ، و يمكن أن تكون كذلك جسمية أو معرفية أو انفعالية أو متعلقة بمواقف اجتماعية " .

٥. و يعرف كاتل Katel السمة بأنها :

" مجموعة ردود الفعل و الاستجابات التي يربطها نوع من الوحدة التي تسمح لهذه الاستجابات أن توضع تحت اسم واحد و معالجتها بنفس الطريقة في معظم الأحوال " . (عبد الخالق، ١٩٨٣: ٤٢) .

وتعرف أحمد السمة بأنها " ميل محدد و استعداد مسبق للإجابة " حيث أن كل صفة تميز الشخص عن غيره من الناس تؤلف جانباً من شخصيته فذكاؤه و مواهبه الخاصة و معتقداته من العناصر التي يتألف بعضها مع بعض لتكوين شخصية كذلك مزاجه و مدى نضجه الانفعالي و قدرته على احتمال الشدائد و أسلوب حياته . و قد مثل ذلك فيما يتسم به من سمات اجتماعية و خلقية كسياسته لمشكلات المجتمع و ما يُصف به من صدق و كذب و من رحمة أو قسوة من انطواء أو انبساط و مميزاته الجسمية التي هي جملة الصفات التي تميز الشخص عن غيره تمييزاً واضحاً . (أحمد ، ٢٠٠٣: ٣٤٥)

كما و يعرف الأشول السمة بأنها "بناء نفس عصبي لديه القدرة على تقديم و استخراج مثيرات عديدة متساوية من الناحية الوظيفية، و أيضاً لبدء و استهلال و توجيه أشكال متساوية و متنافسة و ذات معنى و دلالة من الأنماط السلوكية التوافقية و التعبيرية. (الأشول، ١٩٨٨: ١٢١)

أما التعريف الذي يميل إليه الباحث في هذه الدراسة فهو " **السمة : مجموعة الصفات التي يتميز بها الفرد عن غيره وهي تلك الميول الثابتة عند الفرد التي تنظم عملية التكيف بينه وبين بيئته**" .

النظرية:

إن أكثر المفهومات شيوعا كما يقول هول (هول ،١٩٦٩ : ٢٣- ٢٤) هو أن النظرية توجد في مقابل الحقيقة . فالنظرية فرض لم يتأيد بعد ، أو تأمل حول الواقع ، لم يتأكد بعد بصورة تقطع بصحته .و عندما تتأيد النظرية تصبح حقيقة . و ثمة قدر من الاتفاق بين هذه النظرية و بين الاستخدام الذي سنأخذ به هنا ، إذ أنه من المتفق عليه أن النظريات لا تعرف صحتها . و ثمة قدر من الاختلاف كذلك فيما يتعلق بالنظرة الشائعة التي ترى أن النظرية صادقة أو حقيقة عندما تجمع البيانات المناسبة و إذا كانت هذه البيانات مؤيدة لها . و نحن نرى أن النظريات لا يمكن أن تكون صادقة أو خاطئة ، و إن كانت مشتقاتها أو متضمناتها يمكن أن تكون كذلك .

وظائف النظرية :

إن النظرية " **مجموعة من المتواضعات** " خلقها صاحب النظرية . إن اعتبار النظرية " مجموعة من المتواضعات " يؤكد أن النظريات في الحقيقة **لا تعطيها** الطبيعة أو **تحددها** سلفا البيانات ، أو أي عملية أخرى محددة فكما تؤدي نفس الخبرات أو الملاحظات بالشاعر أو القصصي إلى خلق أي من الأشكال الفنية العديدة المتباينة ، يمكن بالمثل لبيانات البحث أن تدخل في العديد من المخططات النظرية المختلفة و التي لا عدد لها . إن النظري عندما يختار اختيارا معينا ليمثل الوقائع التي يهتم بها ، يمارس اختيارا خلاقا حرا يختلف فقط عما يمارسه الفنان في أنواع الأدلة التي يركز عليها ، و الأسس التي سيحكم بها على قيمته و جدواه . إننا نؤكد هنا أن الطريقة الخلاقة و التعسفية كذلك ، التي تبنى بها النظريات و يقودنا هذا – بصورة طبيعية – إلى ملاحظة أننا نستطيع أن نحدد كيف يمكن تقويم نظرية أو تقديرها ، و لكننا لا نستطيع أن نحدد كيف يجب بناء النظرية . فليس هناك ثمة صيغة لبناء النظرية المثمرة من أن يكون هناك صيغة للإسهام بعمل أدبي باق . إن حقيقة أن النظرية اختيار تقليدي متواضع عليه ، و ليست شيئا لا مفر منه أو تمليه العلاقات التجريبية المعروفة.

نظرية السمات :

يقول (عيسوي ، ٢٠٠١ : ١٢٢) أنه و نظراً لما يوجه لنظرية الأنماط من انتقادات فإن هناك بعض العلماء الذين يرون أن الحكم على الشخصية يكون بدراسة جميع سماتها و على ذلك فإن الشخصية في نظرهم عبارة عن مجموع ما لدى الفرد من سمات و على ذلك لكي يتم التعرف على شخصية فرد ما فإنه يطبق عليه عدد كبير من الاختبارات التي تقيس سماته الشخصية أو أبعاد شخصيته ، و تعتمد هذه النظرية على فكرة ثبات الشخصية ، فالشخص الواحد يسلك سلوكا متشابها في المواقف المتشابهة ، كذلك تعتمد هذه النظرية على اختلاف الأفراد فيما يملكون من سمات فالواحد يغضب في المواقف التي تثير الغضب و لكن البعض يختلف عن الآخر في درجة الغضب ، و في طريقة التعبير عنه ، و على ذلك فإن السمات يمكن النظر إليها كما لو كانت عادات يمكن إثارتها في مواقف معينة .

اكتساب السمات:

كما تقول (أحمد ، ٢٠٠٣: ٣٤٦) فإن السمات المزاجية التي تدخل في تكوين الشخصية كالحيوية أو الخمول و كدرجة التأثير الانفعالي و كقوة الاستجابة أو ضعفها ، سرعتها أو بطئها فتتوقف في المقام الأول على العوامل الوراثية منها حالة الجهازين العصبي و الغددي و فيها عملية الأيض، لذا فهي ككل صفة فطرية لا يحتاج ظهورها إلى تعليم خاص أو تدريب .
أما السمات الاجتماعية و الخلقية فيبدأ الطفل في اكتسابها في سن مبكرة و هو لا يكتسبها عن طريق التعلم الشرطي وحده كما يزعم السلوكيون ، بل و عن طريق المحاولات و الأخطاء و عن طريق الاستبصار أيضاً . هذا إلى ما تقوم به المحاكاة غير المقصودة و المشاركة الوجدانية و القابلية للإيحاء و عملية التقمص لها دور كبير في هذا الاكتساب و تؤكد مدرسة التحليل النفسي أن إحباط دوافع الطفولة يخلق سمات ثابتة باقية و من هنا يُرى التعليم المقصود و غير المقصود أو التعلم الناجم عن تربية الآباء و غيرهم هو العامل الرئيسي في تكوين السمات و تشكيل الشخصية إلا أن هناك عوامل أخرى تقوم بدورها إلى جانبه مثل الذكاء و ما جُبل عليه الفرد من دوافع قوية أو ضعيفة و ما لديه من قدرة احتمال الإحباط أو الحرمان .

نظرية السمات عند ألبورت :

يعرف ألبورت الشخصية بأنها " التنظيم الدينامي في الفرد لجميع الأجهزة النفسية الجسمية و الذي يحدد توافقه الفريد مع بيئته " . (زهران، ١٩٩٧:٥٣) .

و يرى ألبورت أن جودة النظرية الشخصية تتحقق باستخدام وحدات قياس قادرة على أن تسفر عن تركيب حي و ذلك من خلال السمة. (جابر، ١٩٩٠ : ٢٥٥)

و لقد اهتمت نظرية ألبورت بالحاضر و المستقبل و لم تهتم بالماضي حيث يشير ألبورت إلى أن السمات تصف السلوك و ليست مفسرة له و أنها أشياء موجودة داخل الفرد و مسؤولة عن سلوكه. (داوود و الطيب، ١٩٩١ :١٢٢)

و تحتل السمات في نظرية ألبورت موضوع القوة الدافعة الرئيسة، فالسمة لديه تقابل الحاجة عند موراي، و الغريزة عند فرويد و العاطفة عن مكدوجال. (الطهراوي، ١٩٩٧: ٢٣)

فالسمات تشير بوجود خصائص نفسية عصبية واقعية تحدد كيفية سلوك الشخص يمكن أن يستدل عليها من خلال الملاحظة. (خوري، ١٩٩٦: ٤٣)

و يقسم ألبورت السمات إلى سمات فردية و جمعية (أي مشتركة):

أ- السمات الفردية:

يشير ألبورت إلى أنه لا يوجد شخصان لهما نفس السمة بالضبط رغم وجود تشابه في أبنية السمة لمجموعة من الأفراد، فكل سمة لأي شخص لها خصائص مميزة و فريدة تختلف عن السمات المشابهة للأفراد الآخرين. (هول ولندزي، ١٩٦٩: ٣٤٩) . فيتميز بها الفرد عن غيره من الآخرين و تحدد طريقة سلوكه و تلعب الدور الرئيس في تحديد الخطوط العريضة المميزة لشخصيته. (عبد الرحمن، ١٩٩٨: ٣٢)

ب- السمات المشتركة (الجمعية) :

و هي تلك السمات التي يشترك فيها عدد من الأفراد فيمكن وصفهم جميعاً ببعض السمات كالعدوانية أو المودة. (جابر، ١٩٩٠: ٢٥٩)

و يبين ألبورت ثلاثة أنواع رئيسة لسمات الشخصية (الأصلية أو الرئيسة، المركزية أو المحورية، الثانوية) .

أ- السمات الأصلية أو الرئيسة:

حيث تكون مسيطرة على شخصية الفرد و تسمى بالسمات البارزة أو السائدة حيث يعرف الشخص من خلالها و يشتهر بها. (غنيم، ١٩٧٢: ٢٨٨ -٢٨٩)

ب- السمات المركزية أو المحورية :

و هي أقل عمومية و تحدد أساليب معاملة الفرد للحياة و ظروفها مثل الأمانة و الصداقة و الحيوية و يقظة الضمير.

ج- السمات الثانوية :

و هي السمات الأقل ثباتاً و تأثيراً و ديمومة. (عيسوي، ٢٠٠٢: ١٠٣)

و يرى الباحث أن ألبورت قد ألغى دور الخبرات الماضية في حياة الفرد، و قد أغلى دور الوراثة و البيئة، و أنه قد اهتم بالحاضر و المستقبل .

نظرية السمات عند كاتل:

يعرف كـــاتل الشخصية بأنـــــها "ما يمكننا من التنبؤ بما سيفعله الشخص عنــدما يوضع في موقف معين". (الأشول، ١٩٨٨: ١٢)

و يعرف السمات أنها "مجموعة من ردود الأفعال أو الاستجابات التي يربطها نوع مـــن الوحدة، و التي تسمح لــهذه الاستجــابات أن توضع تحت اسم واحد، و معالجتها بالطريقة ذاتها في معظـــم الأحــوال. (غنيم، ١٩٧٢ : ٢٧٦)

و يعتبر كاتل من رواد نظرية السمات لأنه اعتمد مبدأ خفض قائمة السمات الشخــصية بطريقة منظمة بواسطة التحليل العاملي (لازاروس ١٩٨٤ : ٥٧) حيث صمم مقياساً يقيس (١٦ عاملا من عوامل الشخصية) وذلك بعد أن جمع (١٨٠٠٠) كلمة ؛ ليــتمكن مــن قيــاس جمعي جوانب الشخصية ، و كذلك بعد أن جمع السمات المتقاربة في سمة واحدة أو تقسيمها إلى سمات فرعية نوعية صغيرة (عيسوي،٢٠٠٢: ٧٦)

و يتفق كاتل مع ألبورت في تقسيم السمات إلى فردية و مشتركة يشترك فيهــا جميــع أعضاء بئة اجتماعية معينة ، مع وجود سمات فريدة لشخص معين ولا توجد عند الآخــرين، و مع اختلاف قوة السمة عند نفس الفرد من حين لآخر. (جابر،١٩٩٠: ٢٩٠)

كما و قسم السمات إلى سمات سطحية و مصدرية، مشيرا إلى أن سمات السطح ما هي إلا صورة للسمات المصدرية معتبرا أن السمات المصدرية هي المؤثرات المــستقرة و الثابتــة التي تتحكم في الشخصية سواء كانت سمات متأثرة بالعوامل الوراثيــة أم البيئيــة، حيــث أن عامـــلي الوراثة و البيئة يعملان على تقوية أو إضعاف السمات. (عبد الرحمن،١٩٩٨ : ١٤)

و توصل كاتل إلى السمات التالية:

١- الانطلاق أو السيكوثيميا مقابل الشيزوثيميا: (محب للناس، سهل المعاشــرة، اجتمــاعي ، صريح ضد منعزل، ناقد، بارد باعتدال، غير صريح) .

٢- الذكاء العام مقابل الضعف العقلي: تفكير مجرد، يقظ، صاحب خيال ضد تفكير غبائي، غير جذب الخيال).

٣- الاتزان الانفعالي أو قوة الأنا مقابل عدم الاتزان الانفعالي: (مستقر، يواجه الواقع، هــادئ ضد أقل استقراراً، يسهل استثارته، غير صبور).

٤- السيطرة مقابل الخضوع: (مستقل، عدواني، عنيد ضد معتدل، لطيف، مساير).

٥- الانبساط مقابل الاكتئاب و الانقياد: (متبجح، حيوي، مندفع، متحمس ضد رزين، جاد).

٦- قوة الأنا الأعلى مقابل نقص المعايير الداخلية: (مثابر،ملتزم بالقواعد، ضد يتجنب القواعد، يشعر بالتزامات قليلة) .

٧- المغامرة و الإقدام مقابل الجبن: (جريء، اجتماعي، ليس لديه كف تلقائي ضـد خجـول، جامد).

٨- الطراوة مقابل صلابة العود(حساس، انفعالي، مكتمل،محمي حماية زائـدة ضـد النـضج الصلب، الاكتفاء الذاتي و الواقعية).

٩- الميل إلى الارتياب و الشك في الآخرين مقابل الاسترخاء الداخلي : (معتد برأيه، يـصعب خداعه، ضد الإيثار المتسم بالثقة في الآخرين، متحرر من الغيرة).

١٠- مزاج احترازي مقبل واقعي : (بوهيمي، مهمل النواحي العملية ضد يقظ متمسك بالتقاليد، مضبوط).

١١- الدهاء مقابل السذاجة: (عميق، حذر، خبير بالحياة و الناس، ثاقب النظرة ضد سـطحي، طبيعي، عاطفي).

١٢- الاستهداف للإثم مقابل المحافظة: (عدم الأمن، متسم بالقلق، مكتئب، منزعج ضد الثقـة بالنفس و الصفاء و الهدوء).

١٣- التحرر مقابل المحافظة: (ناقد، متحرر ، محلل ، مفكر ضد تجرم الأفكار الثابتة).

١٤- الاكتفاء الذاتي و الاستقلال مقابل الافتقار إلى التعرف الذاتي: (يفضل قراءاتـه، واسـع الحيلة ضد مسايرة الآخرين و إتباعهم).

١٥- قوة اعتبار الذات مقابل ضعف اعتبار الذات : (إرادة الضبط و الانضباط الاجتماعي ضد استقرار الخلق).

١٦- التوتر العصبي مقابل عدم الإحباط (الإحباط و الاستثارة ضد السكينة و البلادة).(جابر، ١٩٩٠: ٢٩٦).

وعموماً فإن الباحث يعتقد بأن فكرة كاتل للسمات ملائمة لدراسته حيث يـشير إلـى أن السمة هي المسئولة عن سلوك الفرد من خلال السمات الثابتة و التي تدلل على الشخصية مـن خلال تلك السمات المميزة له سواء كانت سمات وراثية أم بيئية .

نظرية السمات عند أيزنك:

يعرف أيزنك الشخصية بأنها "المجموع الكلي لأنماط السلوك الفعلية أو الكامنـة لـدى الكائن الحي" . و يعرف السمة بأنها "تجمع ملحوظ من النزاعات الفرديـة للفعـل" .(هـول و ليندزي،١٩٦٩: ٣٩٧) و يقسم أيزنك السمات إلى :

١- الانبساط:

المنبسط (اجتماعي) سريع، غير دقيق، غير مثابر، مستوى طموحه منخفض، منخفض الذكاء نسبياً، يحب النكتة.

٢- الانطواء:

المطوي، مكتئب، غير مستقر، بليد، سهل الاستثارة، يشعر بالنقص، متقلب المزاج، مستغرق في أحلام اليقظة، يبتعد عن الأضواء أو المناسبات الاجتماعية، لا يطرب للنكتة، مثابر، ذكي، دقيق، بطيء، ذو طموح مرتفع.

٣- العصابية (الاستعداد للمرض العصابي):

العصابي يشكو قصوراً في العقل و الجسم، ذكاؤه متوسط قابل للإيحاء، غير مثابر، بطيء التفكير و العمل، غير اجتماعي، يميل إلى الكبت .

٤- الذهانية (الاستعداد للمرض الذهني):

الذهاني (تركيزه قليل، ذاكرته ضعيفة، كثير الحركة، مبالغ، بطيء القراءة، مستوى طموحه منخفض). (زهران، ١٩٩٧: ٥٧)

و هناك تشابه كثير من سمات الأبناء للآباء و الأجداد لعامل الوراثة الذي ينقل السمات من جيلٍ إلى جيل، كما و يرجع الاختلاف في السمات إلى الخصائص المتباينة التي توجد لدى الأفراد المختلفين و التي تنقل لأبنائهم، و كثيراً ما تتضح في السمات الجسمية أكثر من السمات النفسية. (لازاروس، ١٩٨٤: ١٤٥)

و يعتقد الباحث بأن أيزنك قد ركز على الوراثة تركيزاً كبيراً، و قد اختصر و قلص الأبعاد التي تصف الشخصية إلى أربعة هي الانبساطية و الانطوائية و الذهانية و العصابية.

سمات الشخصية من وجهة النظر الإسلامية:

يدرج سمور ٦ أصناف للشخصية:

أولا: الشخصية المطمئنة (السليمة):

و هي الشخصية التي لديها القدرة على ضبط النفس و إحداث اتزان عاطفي و توافق ذاتي في العلاقات و السلوك و بتفاعل ايجابي برغبة و محبة و توجه مخلص في طاعة الله و الاستقامة في العلاقة مع الذات و البشر و البيئة التي من حوله، و قد استشهد سمور بالآية الكريمة:" يا أيتها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فادخلي في عبادي و ادخلي جنتي" سورة الفجر الآية ٢٧-٣٠ .(سمور،٢٠٠٦: ٨٩).

ثانيا: الشخصية الضالة:

و هي الشخصية التي تنشأ في ظلل مظلمة من الكفر منذ الولادة، و يكون النمو النفسي مبني على الأداء و السلوك النفسي الذي نشأ و ترعرع فيه ليصبح جزءا من شخصيته، و استشهد سمور بحديث رسول الله صلى الله عليه و سلم: " ما من مولود إلا يولد على الفطرة فأبواه يهودانه و ينصرانه" . (سمور،٢٠٠٦: ٩٠).

ثالثا: الشخصية الشكاكة:

و هي الشخصية غير المستقرة أو غير المتوافقة ذاتيا و تحدث فيها صـــراعات نفـــسية تؤدي إلى تذبذب بين المتطلبات الغريزية التي فطرها الله عليها و الضوابط الـــشرعية(الهـــدى) بالميل إليها تارة بسبب الضعف أمام الغرائز و تارة أخرى محاولة لضبط النفس، و قد استـــشهد سمور بالآية الكريمة: " في قلوبهم مرض فـــزادهم الله مرضـــا " ســـورة البقـــرة الآيـــة ١٠. (سمور،٢٠٠٦: ٩١).

رابعا: الشخصية المفسدة:

و هي الشخصية المفسدة على أساس معصية الله عز و جل و تنـــشأ فـــي جـــو همـــه الحصول على المتطلبات بأي طريقة و بالاعتداء على حقوق و ممتلكات الآخرين بدون اعتبار للضوابط الشرعية و الخلقية. و قد استشهد سمور بالآية الكريمة: " و من الناس من يعجبك قوله في الحياة الدنيا و يشد الله على ما في قلبه و هو ألد الخصام و إذا تولـــــــى سعـــــــى فـــي الأرض ليفســـد فيها و يـــهلك الحرث و النســـل و الله لا يـــحب الفساد " سورة البقرة الآية ٢٠٥. (سمور،٢٠٠٦: ٩١).

خامسا: الشخصية الضعيفة:

و هي الشخصية الانطوائية و الانعزالية و التي ترغب في العيش بعيدا عـــن مواجهـــة الحياة و متطلباتها و تكون عاجزة عن استخدام ما منحها الله من مصادر قوة مثل العقل و الجسم و الإيمان، و استشهد سمور بحديث رسول الله صلى الله عليه و سلم: " لا تكونوا إمعة تقولـــون إن أحسن الناس أحسنا، و إن ظلموا ظلمنا، و لكن وطنوا أنفسكم". (سمور،٢٠٠٦: ٩٢).

سادسا: الشخصية اللوامة:

و هي الشخصية الوسواسية و التي تكون حائرة و قلقة في البحث عن الطريق الصواب و تنمو بذاتية التفكير في البحث عن السمو و العلو في الطاعة عما هو مطلوب و لهذا لا تقـــدر على الطاعة بالصورة المبسطة و توسوس في ذاتها. و قد استشـــــهد سمور بـــــالآية الكريمة: "لا أقسم بيوم القيامة و لا أقسم بالنفس اللوامة " سورة القيامة الآية ١-٢ (سمور،٢٠٠٦: ٩٣).

و يرى الباحث أن سمور كان موفقا في تصنيفه للشخصية إذ أن الغرب قد ركز علـــى الشخصية من وجهة النظر البيولوجية و الفسيولوجية البحتة، و أغفل الجانـــب الروحـــي مـــن الإنسان و الذي لا يقل أهمية عن الجانب البيولوجي و الفسيولوجي، بل يكاد الجانب الروحـــي يكون على رأس القائمة في شخصية الإنسان .

الفصل الثالث
دراسات سابقة

- دراسات تناولت التدخين.
- دراسات تناولت القلق.
- دراسات تناولت سمات الشخصية.
- تعليق عام على الدراسات السابقة.
- فروض الدراسة.

دراسات سابقة:

يتناول هذا الفصل الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع التدخين و القلق و سمات الشخصية ، ثم يليها تعقيب عام على الدراسات السابقة، و من ثم فروض الدراسة.

أولا: دراسات تناولت التدخين:

١- دراسة (Klaif Beats ،٢٠٠٦) :

عنوان الدراسة: " أثر التدخين على إمكانية الإصابة بالسكتة القلبية " .

يقول الباحث في هذه الدراسة العلمية إن المدخنين يدمنون على النيكوتين خلال أيام فقط من بدئهم تدخين عدد ضئيل من السجائر ، و هو ما يعني أن قابلية الإدمان على هذه المادة الموجودة في التبغ أعلى مما كان متصوراً ويقول الباحث إنه اختبر تأثيرات التدخين على أكثر من ٧٠٠ مراهق تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ١٤ عاما، ولاحظ أنهم يدمنون على النيكوتين بشكل فوري تقريبا وبينت الدراسة أن عددا كبيرا منهم أظهروا علامات على إدمان النيكوتين من تدخين سجائر قليلة وفي فترات متباعدة، لكنهم وجدوا أيضا أن مجموعة أخرى من الأطفال تدخن ما معدله خمس سجائر يوميا دون أن تظهر عليهم علامات الإدمان كما هو حال أقرانهم . ويقول الباحث إن نتائج الدراسة الأخيرة تؤكد أن الإدمان هو السبب في الاستمرار في التدخين وليس العكس، كما تستبعد الدراسة الاعتقاد الشائع بأن الإدمان يحدث عندما يصبح الإنسان في الأربعين أو الخمسين من العمر .

٢- دراسة (Moray Metellman ،٢٠٠٦):

عنوان الدراسة: " أثر التدخين على إمكانية الإصابة بالسكتة القلبية " .

هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير التدخين على القلب، و قد تكونت عينة الدراسة من ٩٠٢ حالة من مرضى القلب، وقد وجد الباحث أن حجم كتلة الدم المتخثرة، أو الجلطة، عند أولئك الذين دخنوا سيجارة واحدة قبل ست ساعات من إصابتهم بالسكتة القلبية هو أكبر من التخثر عند أولئك الذين دخنوا سيجارة واحدة خلال أربع وعشرين ساعة من إصابتهم بالأزمة القلبية، بمعدل ثلاثة وعشرين مليمتر مربع إلى اثني عشر ونصف مليمتر مربع . من الحقائق المعروفة أن التدخين المتواصل يفاقم أمراض القلب على الأمد البعيد، لكن الجديد في الأمر هو أن الباحثين اكتشفوا الآن أن هناك مخاطر للتدخين على الأمد القريب أيضا، وهي زيادة احتمال الإصابة بأمراض القلب . والسبب في ذلك يعود إلى أن لكل سيجارة تأثيرا على نظام عمل القلب . ويقول الدكتور موراي ميتلمان من مركز ديكونس الطبي في بوستن إن أهم شيء يمكن أن يفعله المرء لتجنب السكتة القلبية هو الإقلاع عن التدخين، وقد تكون المنفعة فورية .

وبشكل عام فإن التخثر الدموي يكون أكبر عند المدخنين منه عند غير المدخنين . ومن الثوابت العلمية أن التخثر الدموي أو الجلطة، كلما كان أكبر، ازدادت مخاطر السكتة القلبية وحدتها لأنها ستشكل عائقا في طريق الدم الذاهب إلى القلب، وكلما كانت كمية الدم الواصلة إلى القلب قليلة، ازدادت الأضرار التي يتعرض لها القلب عند حصول الجلطة . وقال متحدث باسم جمعية أطباء القلب البريطانية إن هذه الدراسة قد تفتح طريقا جديدا للبحث ، فقد يتمكن المدخنون خلال خمس سنوات من الإقلاع أن يقلصوا مخاطر إصابتهم بالسكتة القلبية بنسبة خمسين في المئة، وإن هذا البحث يعكس أهمية الإقلاع، إذ بإمكان المرء أن يقلع اليوم قبل غد .

٣- دراسة (Sair Richard ،٢٠٠٦) :

عنوان الدراسة: " العلاقة ما بين التدخين و الإصابة بسرطان الرئة و متوسط عمر المدخن لدى عينة من الأطباء ".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر التدخين على متوسط عمر عينة من المدخنين ، و قد بلغ عدد من خضعوا للدراسة ما يزيد عن ٣٤ ألف شخص كلهم من الأطباء. و أوضحت الدراسة أن متوسط عمر المدخن يقل بعشر سنوات عن غير المدخن و أن الإقلاع عن التدخين في أي عمر يقلل خطر الإصابة بأمراض تؤدي إلى الوفاة. وكانت الدراسة، التي بدأت عام ١٩٥١، هي الأولى التي تؤكد العلاقة بين التدخين وسرطان الرئة منذ خمسين عاما. وفي بداية الدراسة عام ١٩٥١ سألهم الباحثون عن عادات التدخين لديهم. وكان يتم الاتصال بهم على فترات لمعرفة ما إذا كانت تلك العادات قد تغيرت. كما تم جمع معلومات عن الأشخاص الذين توفوا خلال تلك الفترة. وبتحليل تلك البيانات، وجد الباحثون إن غير المدخنين يعيشون أكثر من نظرائهم المدخنين بمتوسط عشر سنوات. وبدأ هؤلاء التدخين وهم في الثامنة عشرة من عمره. ويبلغ متوسط ما يقومون بتدخينه ١٨ سيجارة يوميا. و أوضحت كذلك أن التدخين يقضي على حياة نصف المدخنين فيما يموت الربع نتيجة لأمراض مثل السرطان وأمراض القلب والسكتة الدماغية. لكن الدراسة كشفت عن أن الأشخاص الذين يتوقفون عن التدخين عندما كانوا في الثلاثينات من عمرهم يعيشون نفس المدة التي يعيشها من لم يدخن. أما الذين اقلعوا عن التدخين في الأربعين من عمرهم فعاشوا مدة أقل بعام واحد. أما الذين اقلعوا عن التدخين في الخمسين من عمرهم فعاشوا مدة أقل بأربعة أعوام فيما عاش من أقلعوا في سن الستين ثلاثة أعوام أكثر. و أوضح الباحث إن التدخين لا يزال أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في بريطانيا ، و أن هنالك عدد كبير من الأشخاص في بريطانيا أقلعوا عن التدخين بسبب النتائج المبكرة لهذه الدراسة. وأوضح أن بريطانيا تتمتع بأكبر نسبة في انخفاض الوفاة بسبب التبغ في العالم. لكنه حذر من أن الأمر هو العكس في بقية دول العالم. وقال إن عدد من توفوا خلال الخمسين عاما الماضية

في بريطانيا نتيجة للتدخين بلغوا ستة ملايين شخص، لكن التدخين سيتسبب في وفاة ستة ملايين شخص كل عام في بقية دول العالم قريبا.

٤- دراسة (جامعة بيل، ٢٠٠٥) :

عنوان الدراسة: " أثر التدخين على القدرات العقلية لدى المراهقين المدخنين " .

هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير التدخين على القدرات العقلية لدى عينة من المراهقين المدخنين . أجري البحث على ٤١ مراهق من المدخنين و٣٢ مراهق من غير المدخنين حيث تم تطبيق اختبارات الذاكرة والانتباه ومدى تأثير الأعراض الانسحابية من جراء وقف النيكوتين. و أظهرت نتائج البحث التدخين يؤدي إلى قصور في الوظائف الذهنية للمراهقين المدخنين وجاءت النتائج لتبين أن المراهقين المدخنين يعنون من قصور في الوظائف الذهنية أكثر من غير المدخنين كما أنهم يتعرضون لقصور حاد في الذاكرة بعد التوقف عن التدخين نتيجة لتأثير الأعراض الانسحابية للنيكوتين. وجاءت نتائج هذه الدراسة لتنبين أهمية الجهود الرامية إلى وقاية المراهقين من التدخين في هذه السن، كما أكدت النتائج على أن المراهق الذي يتوقف عن التدخين يعاني من قصور أكبر في الذاكرة نتيجة انسحاب النيكوتين في جسمه وبالتالي يحتاج إلى عناية واهتمام أكثر من قبل القائمين على التدريس.

في دراسة أجريت في جامعة بيل في يناير ٢٠٠٥ م تم قياس مدى التأثير الحاد والمزمن لتدخين التبغ على الوظائف الذهنية للمراهقين المدخنين و مقارنتهم بأقرانهم من غير المدخنين.

٥- دراسة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥) :

عنوان الدراسة: " المعرفة بخطر التدخين لدى أرباب المهن الصحية ".

أَعَدَّت منظمة الصحة العالمية مسحا بالتعاون مع مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة، والوكالة الدولية للبحوث حول السرطان، وجامعة إموري في الولايات المتحدة، وجامعة نيو ساوث ويلز في استراليا، وأُجري في عدد من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية. وكان المستجيبون يتكونون من ٢١٦٠ طبيباً (بنسبة ٨٩,٩%) من جملة المستجيبين، ٢١٥ طبيب أسنان (٩%)، ٢٠ من العاملين بالتمريض (٠,٨%). وكانت نسبة الذكور في عينة الدراسة ٧٨,٧%، ونسبة الإناث ٢١,٣%. وكان المشاركون في المسح يعملون في مرافق متنوعة للرعاية الصحية، فكان ٧٨,٧% منهم يعملون في المناطق الحضرية، ٧% في الضواحي، ١٢,٦% في المناطق الريفية. وكان متوسط عمر المشاركين في المسح ٤٣ عاماً. و أظهرت الدراسة أن ٧٤,٨% من المستجيبين المشاركين في المسح أنهم لم يسبق لهم التدخين مطلقاً. وأبلغ ١١% منهم أنهم نجحوا في الإقلاع عن التدخين، وأبلغ ١٤,٢% أنهم

يدخنون بانتظام (نصفهم ممن يدخنون بشكل يومي ونصفهم ممن يدخنون أحياناً). وأبلغ المدخنون أنهم يستهلكون ١١ سيجارة يومياً في المتوسط. ومن بين ٢٧٥ من المدخنين الذين حدَّدوا صنفاً معيناً مفضلاً لديهم، كانت مارلبورو هي الصنف المفضّل لدى ٣٩%. وكانت نسبة المدخنين من بين المستجيبين الذكور ١٦,٧%، في حين كانت نسبة المدخنات من بين المستجيبات ٤,٩% فقط. وكان عدد السجائر المتوسط التي يستهلكها الأطباء أو العاملون في التمريض يومياً حوالي ١٢ سيجارة، في حين كان عدد السجائر التي يستهلكها أطباء الأسنان المدخنون ٩ سجائر يومياً. كما و أفادت الدراسة أن ٩٨% من المستجيبين المشاركين في المسح قد أقروا بأن التدخين ضار بالصحة. وكان هناك فرق نسبته ٢,٧% بين المدخنين وغير المدخنين، لصالح غير المدخنين.

٦- دراسة (٢٠٠٥، Jhon Karlile) :

عنوان الدراسة: " أثر التدخين على الأداء الوظيفي لدى عينة من الموظفين "

جاء في بحث أجراه علماء أمريكيون أن المدخنين أكثر ميلا إلى التهرب من أدائهم الوظيفي، و قد اختار الباحثون مكتبا لحجز التذاكر الجوية – يعمل فيه ٣٠٠ موظف – مسرحا لإجراء بحثهم، ووجدوا أن نسبة تغيب المدخنين عن أعمالهم لأسباب مرضية تبلغ ثلاثة أضعاف نسبتها لدى غير المدخنين، كما كشف البحث أن المدخنين أقل إنتاجية من زملائهم.

لكن الملاحظ أن نسبة إنتاجية المدخنين تأخذ بالارتفاع عند تركهم لعادة التدخين. فبعد سنة واحدة من الإقلاع عن التدخين، تصبح إنتاجية المدخنين المقلعين أعلى بنسبة ٥% من زملائهم المواظبين على التدخين .

ويعتقد الباحثون أن احد أسباب انخفاض إنتاجية المدخنين تعود إلى اضطرارهم لترك مكاتبهم بشكل مستمر من أجل التدخين، إضافة طبعا إلى تأثر صحتهم سلبا جراء ممارستهم لهذه العادة . وقال الباحث جون كارلايل، إن ٨٠% من المستطلعين يعتقدون بأن التدخين أثناء العمل يزيد من الإنتاجية و أن نسبة تغيب المدخنين عن أعمالهم لأسباب مرضية تبلغ ثلاثة أضعاف نسبتها لدى غير المدخنين .

٧- دراسة (Leslie K. Jacobsen ,2005):

عنون الدراسة: " التدخين يؤدي إلى قصور في الوظائف الذهنية للمراهقين المدخنين" .

هدفت الدراسة للكشف عن قياس مدى التأثير الحاد والمزمن لتدخين التبغ على الوظائف الذهنية للمراهقين المدخنين مقارنتهم بأقرانهم من غير المدخنين. أجري البحث على ٤١ مراهق من المدخنين و٣٢ مراهق من غير المدخنين حيث تم تطبيق إختبارات الذاكرة والإنتباه ومدى

تأثير الأعراض الإنسحابية من جراء وقف النيكوتين. وجاءت النتائج لتبين أن المراهقين المدخنين يعنون من قصور في الوظائف الذهنية أكثر من غير المدخنين كما أنهم يتعرضون لقصور حاد في الذاكرة بعد التوقف عن التدخين نتيجة لتأثير الأعراض الإنسحابية للنيكوتين. وجاءت نتائج هذه الدراسة لتبين أهمية الجهود الرامية إلى وقاية المراهقين من التدخين في هذه السن، كما أكدت النتائج على أن المراهق الذي يتوقف عن التدخين يعاني من قصور أكبر في الذاكرة نتيجة انسحاب النكوتين في جسمه وبالتالي يحتاج إلى عناية واهتمام أكثر من قبل القائمين على التدريس.

٨- دراسة (٢٠٠٤، عبد الرازق) :

عنوان الدراسة: " التدخين لدى عينة من طلبة كليات الطب ".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن عدد المدخنين في كليات الطب بمصر و عن أماكن التدخين و عن الإنسان القدوة للمرضى و قد شمل المسح ما يقرب من ٣٥٠٠ من طلاب السنة الثالثة بكليات الطب، وأجري في أربع عشرة جامعة في مختلف أنحاء مصر و قد تبين أن ١٧% من الطلاب يدخنون السجائر؛ وفي العام السابق كان ٤١% من هؤلاء يدخنون في الحرم الجامعي، بينما كان ٣٠,٩% منهم يدخنون داخل مباني التعليم نفسهاً. وقد أعرب ٧٨ % من طلاب الطب الذين شملهم المسح ، عن اعتقادهم بأن أرباب المهن الصحية هم القدوة لمرضاهم ، كما أعرب ٩١,١% منهم عن اعتقادهم بأن للأطباء دوراً لا يستهان به في نصح مرضاهم بالتوقف عن التدخين.

٩- دراسة (٢٠٠٣ ، Tomson T & H Helgason):

عنوان الدراسة: " المعرفة و الاتجاهات و سلوك الأطباء المدخنين لدى أطباء مدينة لاو "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى دراية الأطباء بالتدخين و اتجاهاتهم نحوه و كذلك إلى معرفة سلوك الأطباء المدخنين ، و كانت الدراسة وصفية حيث استخدم الباحث الاستبانة و قد استجاب للبحث ١٥١ طبيب أي ٩٢% من العينة و امتنع الباقون عن الرد على الأسئلة ، و قد خلصت الدراسة إلى أن نسبة انتشار التدخين بين الأطباء الذكور هي ٣٥ ٪ ، و أن ١٦ ٪ يدخنون يوميا و ١٩ ٪ أحيانا. لم تشر أي من الطبيبات الإناث أنهن يدخنّ . ٥% من الأطباء المدخنين اعترفوا بأنهم على دراية بالأمراض الخمسة الأساسية الناجمة عن التدخين في حين اعترف ١٠ ٪ بأنهم على علم بمرض واحد فقط . طبيب واحد من بين اثنين أفادوا بأنهم ينصحون مرضاهم بالإقلاع عن التدخين و أنهم يحذرونهم من الأضرار الناجمة عنه . وجميع

الأطباء أيدوا الطرق و الوسائل المتبعة للإقلاع عن التدخين و أفادوا بأن الوقاية من التبغ يعتبر أمراً هاما .

١٠- دراسة (وكالة الإحصاء الهولندية ، ٢٠٠٣) :

عنوان الدراسة: " أثر التدخين على العمر "

جاء في بحث أجراه علماء هولنديون أن التدخين أكثر ضرراً على المرأة من الرجل، فالتدخين يقلل عشر سنوات من العمر المتوقع للمرأة. و لقد بينت الإحصاءات أن مقارنة عدد الوفيات من سرطان الرئة وعادة التدخين في ٢٠٠٣م أوضحت بأن التدخين قلل ١١ سنة من العمر المتوقع لدى المرأة مقارنةً مع العمر المتوقع لدى الرجال في هولندا. وبينت وكالة الإحصاء في هولندا بأن النساء المتوفيات من سرطان الرئة كن أصغر عمراً من الرجال الذين توفوا من نفس المرض. مما يدل على أن التدخين أكثر ضرراً على المرأة من الرجل ولم تبين الدراسة سبب ذلك. إن النساء المصابات يتوفين عند عمر ٧٠ والعمر المتوقع للمرأة في الدنمارك يبلغ ٨١ بينما يتوفى الرجال المصابون بسرطان الرئة عند عمر ٧٣ ومتوقع عمر الرجل هو ٧٦. ويتبين من هذه الأرقام بأن عمر المرأة يقل ب ١١ سنة عن العمر المتوقع بينما يقل عمر الرجل ب ٣ سنوات فقط عن العمر المتوقع. وبينت الإحصاءات بأنه مع إزدياد عادة التدخين بين النساء خلال العشر سنوات الأخيرة بدأ العمر المتوقع للمرأة في النقصان .

١١- دراسة (Marten Brins ، 2002) :

عنوان الدراسة: " أثر التدخين على القدرات العقلية " .

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر التدخين على القدرات العقلية ، وتضمنت الدراسة أكثر من ٦٥٠ شخصا فوق سن الخامسة والستين، من المدخنين والمتعاطين للكحول ، و خلصت نتائج الدراسة إلى أن التدخين بعد عمر الخامسة و الستين يعيق التفكير ، وقد قام فريق من معهد الأمراض النفسية في لندن بدراسة ميدانية في منطقة في شمال لندن. وقام الفريق بدراسة قدراتهم العقلية، وبعد استثناء أولئك الذين أظهروا علامات تشير إلى إصابتهم بالإعاقة الفكرية، أعاد فريق الباحثين دراسة أوضاع هؤلاء بعد مرور عام بهدف تحديد إن كان هناك أي تغير على تراجع قدراتهم العقلية ، و قد وجد الفريق أن ١ بين كل ١٦ قد تعرض لتراجع عقلي كبير وقد وجد الفريق كذلك أن المدخنين معرضون للتراجع العقلي أكثر من غير المدخنين أو المدخنين السابقين بأربع مرات ، وكان ذلك بعد أن أخذت العوامل المؤثرة على وظيفة الدماغ كالكآبة والإدمان على الكحول، بنظر الاعتبار . ويقول الباحث إن النتائج التي حصل عليها فريقه تشير إلى أن الاستمرار في التدخين في مراحل الحياة المتأخرة يزيد من مخاطر الإعاقة

الفكرية ، ويسبب التدخين الإصابة بأمراض الأوعية الدموية وتصلب الشرايين، وهي حالات تعيق وصول الدم إلى كافة أجزاء الجسم بما في ذلك الدماغ ، ويقترح الباحثون أن ذلك يوضح لماذا يترك التدخين تأثيرات على الذكاء ، وكشفت الدراسة أيضا أن الأشخاص الذين يتعاطون الكحول باعتدال قبل سن الخامسة والستين هم أقل عرضة قليلا للإصابة بتراجع في قدراتهم العقلية من المدخنين بإفراط أو من الذين لا يشربون الكحول كليا .

١٢- دراسة (جامعتا هونج كونج الصينية وأكسفورد البريطانية ، ٢٠٠٢) :

عنوان الدراسة: " أثر التدخين على العمر "

تكهنت الدراسة بأن تؤدي الأمراض الناجمة عن التدخين إلى موت نحو ثلث سكان الصين من الشباب وقد توصل الباحثون إلى هذه النتيجة بعد دراسة الآلاف من حالات الموت في هونج كونج ونبهت الدراسة إلى أن الملايين من الصينيين سيموتون قبل الأوان ما لم تحرز حملات مكافحة التدخين نجاحاً أكبر، ويتوقع الباحثون إنه في حالة استمرار الصينيين على معدل التدخين الحالي فإن نحو مئة مليون منهم سيموتون بسبب هذه العادة. وتشير الدراسة إلى أن نصف هؤلاء سيموتون في عمر يتراوح بين ٣٥و ٦٥ .ويقول الباحثون إن ٣٠% من سكان هونج كونج ممن هم في منتصف العمر يموتون بالفعل حاليا نتيجة إصابتهم بأمراض ناجمة عن التدخين ويرى الباحثون أن من المرجح أن يستمر معدل الوفيات في الصين خلال العقود القادمة وتتكهن السلطات الصينية بأنه بحلول منتصف العقد الحالي سيبلغ ضحايا التدخين ثلاثة ملايين شخص سنوياً.

١٣- دراسة (Ralf Dolfeeno ، 2002) :

عنوان الدراسة: " أسباب التدخين لدى عينة من المدخنين الذكور و الإناث "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أسباب التدخين لدى عينة من الرجال و النساء ، و تكونت عينة الدراسة من ٢٥ رجل و ٣٥ امرأة و جميعهم من المتطوعين، الذين خضعوا لمتابعة دقيقة على مدى يومين كاملين ، و أظهرت نتائج البحث أن الرجال أكثر إقبالاً على التدخين في حالات الغضب، في حين أن النساء أكثر إقبالاً على التدخين في حالات السعادة . وقيس ضغط الدم للمتطوعين كل عشرين دقيقة، كما سجلت انفعالاتهم النفسية واستهلاكهم للسجائر ، وأظهرت النتائج أن حالات الغضب تدفع الرجال والنساء للتدخين، لكن الرجال أكثر عرضة للتدخين عند الغضب . وأوضحت النتائج كذلك أن الشعور بالحزن يدفع الرجال والنساء على السواء للتدخين، وأن احتمالات اللجوء لإشعال سيجارة تتضاعف عند الشعور بالتوتر لدى الجنسين ، لكن النساء أكثر إقبالا من الرجال على التدخين في حالات السعادة . و أوضح الباحث

المشرف على البحث الذي أجري بجامعة كاليفورنيا في مدينة إرفاين بأن ما وصلت إليه النتائج يمكن أن يساعد على وضع أساليب فعالة للإقلاع عن التدخين . وقال إن الغضب وغيره من المشاعر السلبية يدفع البعض للتدخين، وإن هذا يفسر ارتفاع احتمالات العودة للتدخين بعد الإقلاع عنه بين الأشخاص الأكثر عدوانية والأكثر ميلا للاكتئاب . وذكر أن نتائج البحث تلقي الضوء على إمكانية استحداث أساليب جديدة للإقلاع عن التدخين تعتمد على تدريب الراغبين في الإقلاع عن التدخين على التحكم في مشاعر الغضب والتوتر التي تنتابهم، والسيطرة على مشاعرهم بصفة عامة .

١٤- دراسة (T Ohida & M Minowa ، ٢٠٠٠) :

عنوان الدراسة: " دراسة سلوك الأطباء المدخنين و وسائل إقلاعهم عن التدخين في مدينة فوكوي باليابان "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن دراسة سلوك الأطباء المدخنين و الوسائل التي يتبعونها للإقلاع عن التدخين في مدينة فوكوي باليابان ، و استخدم الباحث الاستبانة ، و قد استغرق البحث فترة زمنية من ديسمبر ١٩٩٦ و حتى فبراير ١٩٩٧ من تكونت عينة الدراسة التي تم اختيارها عشوائياً من ١٠٢٥ ، و قد خلصت الدراسة إلى أن ٩٠,٨ ٪ من الأطباء المدخنين قد أوقفوا التدخين و عادوا إليه ثانيةً . كذلك أظهرت الدراسة أن نسبة انتشار التدخين الحالية بين الأطباء بشكل عام هي ٢٦,٠ ٪ (ذكور ٢٧,٨ ٪ ، و إناث ٥,٢ ٪) و بخصوص الفئة العمرية فقد أظهرت الدراسة أن النسبة الأعلى في التدخين في أعمار الأطباء المدخنين كانت في سن٢٠ إلى ٣٤ عاما من العمر ، و تبدأ هذه النسبة بالانخفاض بعد سن ٣٥ سنة ، و كذلك فإن نسبة الأطباء المشاركين في أنشطة من أجل منع التدخين في المجتمع المحلي كانت في مستوى منخفض

١٥- دراسة (Ser Richard Dole ،١٩٩٩) :

عنوان الدراسة: " أثر عدد السجائر المدخنة على عمر المدخن "

يظهر البحث أن كل سيجارة تقتطع في المتوسط ١١ دقيقة من عمر المدخنين الذكور وقد بني هذا التقدير الذي نشرته الجريدة الطبية البريطانية، على أساس الفارق الذي يفصل بين متوسط أعمار الذكور المدخنين وغير المدخنين، وقسمة هذه الفجوة الزمنية على متوسط عدد السجائر التي يستهلكها المدخن العادي في حياته .و يقول الدكتور سير ريتشارد دول و هو أحد كبار خبراء مرض السرطان أن أعمار المدخنين تقل بنحو ستة أعوام ونصف عن أعمار غير

المدخنين . وذكر أنه إذا افترض أن شابا بريطانيا يبلغ من العمر ١٧ عاما بدأ التدخين في بريطانيا -حيث يبلغ متوسط العمر ٧٧ عاما ونصف- واستهلك متوسط كمية السجائر التي يستهلكها المدخنون وهي خمسة آلاف و ٧٢ سيجارة في العام فإنه لن يقدر له أن يعيش أكثر من ٧١ عاما، بعد أن يكون قد استهلك٣١١ ألف و ٦٨٨ سيجارة، تكلفه كل منها ١١ دقيقة من عمره .

١٦- دراسة (١٩٩١ ، I Yaacob & Z abdullah) :

عنوان الدراسة: "عادة التدخين و الاتجاهات لدى أطباء مستشفى سينز الجامعي الماليزي"

هدفت الدراسة إلى الكشف عن دراسة عادة التدخين لدى الأطباء المدخنين ، و استخدم الباحث الاستبانة ، و قد خلصت الدراسة إلى أن ١٨% من الأطباء هم من المدخنين ، و أن ١٣% من الأطباء هم من الأطباء المقلعين عن التدخين ، و أن ٦٩% من الأطباء غير مدخنين . ٣ من بين ٣٢ طبيبة مدخنة أقلعت عن التدخين . ١٩ من بين ٢١ طبيب مدخن أفادوا بأنهم يدخنون في الأماكن التي لا يمكن رؤيتهم فيها من قبل عامة الناس . أظهرت الدراسة كذلك أن معظم المدخنين الحاليين و المقلعين عن التدخين لهم أقرباء درجة أولى من المدخنين وأن ٢٨% من أقربائهم يعانون من أمراضٍ ذات صلة بالتدخين . أظهرت الدراسة كذلك أن الأطباء ٨١ ٪ من غير المدخنين و ٤٣ ٪ من الأطباء المدخنين ينصحون الأشخاص الأصحاء بالإقلاع عن التدخين. أظهرت الدراسة كذلك أن ٩٢ ٪ من الأطباء غير المدخنين و ٥٢ ٪ من الأطباء المدخنين يدعمون حظر التدخين في المستشفيات . أظهرت الدراسة كذلك أن ٧ من بين ٢١ من الأطباء المدخنين لم يحاولوا الإقلاع عن التدخين.

١٧- دراسة (١٩٩٠ ، D Sarkar & R Dhand) :

عنوان الدراسة: " التصورات والمواقف تجاه التدخين لدى الأطباء في شانديغار "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن التصورات و المواقف فيما يتعلق بعادة التدخين لدى الأطباء ، و استخدم الباحث الإستبانة ، و تكونت عينة الدراسة التي تم اختيارها عشوائياً من ٢١٨ من طلاب الدراسات العليا في المعهد الطبي التعليم والبحث و كذلك الأطباء المتدربين (أطباء الإمتياز) والموظفين العاملين في المستشفى العام بمدينة شانديغار ،و قد أظهرت نتائج البحث أن ٣١,٦% من العينة هم من المدخنين حاليا ، و ٢٣,٣ ٪ قد أوقفوا التدخين . و قد أفاد جميعهم بأنهم يدخنون بهدف التركيز في الدراسة و العمل ، و قد اعترفوا جميعا بأنهم على

دراية كاملة بالآثار الضارة للتدخين ، وبخاصة سرطان الرئة ، التهاب القصبات المزمن وأمراض الشريان التاجي ، وهذا هو السبب الرئيسي الذي جعل عدداً منهم يمتنعون عن عادة التدخين ، و لم يعروا اهتماما كبيراً بمضار التدخين مثل سرطان الفم و سرطانات القصبة الهوائية والسرطان و أمراض الأوعية الدموية الطرفية بحيث يجعلهم يقلعون عن التدخين . و لقد ارتأت العينة وسائلاً للإقلاع عن التدخين تتمثل في حظرٍ على الإعلان عن التبغ ، تحذيرات صحية بمضار التدخين على السجائر وعلب سجائر ، وفرض قيود على التدخين في الأماكن العامة ، وخاصة المستشفيات والعيادات.

١٨- دراسة (١٩٨٩ ، Waalkens H J & Cohen Schotanus) :

عنوان الدراسة: " عادة التدخين لدى طلبة الطب و الأطباء العاملين في مدينة جرونين بالسويد "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن عادة التدخين لدى طلبة الطب و الأطباء ، و استخدم الباحث الإستبانة ، و تكونت عينة الدراسة من ٧٢٥ طالب طب و ١٢٦ طبيب ممارس ، و ٢٣٦ طبيب استشاري شاب ، و خلصت الدراسة إلى أن ٢٧ % من طلبة الطب هم من المدخنين ، ٢٨% من الأطباء الممارسين من المدخنين ، و ٣٤% من الأطباء الاستشاريين هم من المدخنين . و قد سجلت أعلى نسبة مدخنين في التخصصات لصالح الأطباء النفسيين ، و أقل نسبة مدخنين في التخصصات لصالح أطباء الأطفال . و تقول الدراسة إن نسبة الأطباء الاستشاريين المدخنين في السويد هي مماثلة للنسب لعامة الأطباء الاستشاريين في أنحاء العالم ، و أفاد جميع الأطباء عينة الدراسة أن هم بحاجة إلى مزيد من المهارات والمعارف عن برامج الإقلاع عن التدخين.

ثانيا: دراسات تناولت القلق:

١. دراسة (٢٠٠٤: B Erdur)

عنوان الدراسة: " دراسة الاكتئاب و القلق لدى الأطباء العاملين بوحدات العناية المكثفة بمدينة دينزلي بتركيا "

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الاكتئاب و القلق و العوامل ذات الصلة بهما لدى الأطباء العاملين بوحدات العناية المكثفة بمدينة دينزلي بتركيا. وتكونت عينة الدراسة من (١٩٢) طبيبا يعملون بوحدات العناية المكثفة بمستشفى باموكال الجامعي، و قد استخدم الباحث الاستبانة و مقياسين لتحديد مستوى القلق و الاكتئاب. و أظهرت نتائج هذه الدراسة أن مستوى الاكتئاب

لدي الأطباء هو ٢٩ %، و مستوى القلق هو ٢٨ %، كما و أظهرت النتائج أن الطبيبات يتزيد لديهن معدل الاكتئاب و القلق، و فيما يتعلق بالعوامل المرتبطة بالاكتئاب و القلق فقد أظهـــرت النتائج أن الدخل الشهري المتدني و كذلك عدد سنوات العمل الطويلة يلعبان الدور الأساسي في ظهور الاكتئاب و القلق.

٢. دراسة (T Selebis & Athanassios ، ٢٠٠٣) :

عنوان الدراسة: " علاقة التدخين بالقلق و الاكتئاب النفسي لدى عينة من أطبـــاء المستـــشفى اليوناني "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة التدخين بالقلق النفسي و الاكتئاب النفـــسي لـــدى الأطباء العاملين بالمستشفى اليوناني ، و قد استخدم الباحث مقياس سبيلبيرجر لسمات القلـــق و مقياس بيك للاكتئاب ، و قد تكونت عينة الدراسة من ٨٠ طبيب و جـــراح . ٢٧ مـــنهم غيـــر مدخنين و ١٤ منهم مدخن سابق (مقلع عن التدخين) ، و ٣٩ منهم مدخن حالياً . و قد أظهرت نتائج الدراسة أن المدخنين الحاليين كانت لديهم نسبة عالية من القلق و الاكتئاب النفسي مقارنة بقرنائهم المدخنين السابقين في حين أظهرت الدراسة نسبة منخفضة من القلق و الاكتئاب النفسي لدى الأطباء غير المدخنين . و قد أظهرت الدراسة كذلك أن عدد السجائر المدخنة يوميا ليس له ارتباط بمستوى القلق أو الاكتئاب النفسي ، كذلك أظهرت الدراسة أن نسبة القلق النفـــسي هـــي أعلى من نسبة الاكتئاب النفسي لدى الأطباء المدخنين .

٣- دراسة (Naumi Bresslaw ، 2002) :

عنوان الدراسة: " التدخين و علاقته بالاكتئاب النفسي "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة التدخين بالاكتئاب النفسي ، و اســـتخدم الباحـــث الاستبانة ، و تكونت عينة الدراسة من ١٠٠٠ شاب ، و توصلت الدراسة التي أجراها مركـــز أبحاث هنري فورد الأمريكي للعلوم الصحية إن المرضى الذين شخصت حالاتهم (اكتئاب نفسي شديد) يكونون أكثر استعداداً لإدمان التبغ بمعدل ثلاثة أضعاف أقرانهم مـــن غيـــر المـــصابين بالاكتئاب ، وأن هناك دلائل علي وجود أسباب مشتركة بين السلوك الاكتئـــابي والتـــدخين وأن البيئة الاجتماعية والعامل الشخصي يلعبان دوراً أساسياً في اكتساب عادة الإدمان .. في حـــين يري الباحث النفسي بالمركز والمشرف علي الدراسة التي استمرت خمس سنوات أن السبب في ذلك قد يرجع إما إلي تأثير النكوتين الذي يظهر بشكل خاص علي المعرضين للاكتئاب ، أو أن يكون التدخين علاجاً ذاتياً للحالة المزاجية للمكتئب أو أن يكون الاكتئاب الشديد دافعاً للمكتئـــب الشاب علي تنمية عادة التدخين يومياً خاصة خلال فترة المراهقة.

٤- دراسة (Jeffrey G. Johnson,٢٠٠١) :

عنوان الدراسة:"التدخين يزيد من على خطورة الإصابة باضطرابات القلــق لــدى المــدخنين الشباب".

هدفت الدراسة إلى كشف مدى تأثير التدخين على الإصابة باضطرابات القلــق، حيــث كشفت الدراسة أن الشباب في مرحلة الشباب المبكرة الذين يدخنون علبة سجائر (٢٠ســيجارة) يوميا تزداد إمكانية إصابتهم باضطرابات القلق مثل نوبات الهلع،رهاب الأمــاكن المتــسعة، و اضطراب القلق العام ، و استخدم الباحث الاستبانة ،و قد تكونت عينة البحث من ٦٨٨ في العام ١٩٨٥ و العام ١٩٨٦ حينما كانت أعمارهم ١٦ عاما، و قد تمت معاينتهم مرة أخرى بعــد ٦ سنوات أي حينما أصبحت أعمارهم ٢٢ سنة، و قد أظهرت النتائج أن الشباب الــذين يــدخنون علبة سجائر أو أكثر يصابون بنوبات الهلع بمعدل ١٢ ضعفا مقارنة بغيرهم غير المــدخنين، و كذلك يصابون برهاب الأماكن المتسعة بمعدل ٥ أضعاف مقارنة بغيرهم غيــر المــدخنين ، و كذلك يصابون باضطراب القلق العام بمعدل ٥ أضعاف مقارنة بغيرهم غير المدخنين ، و يشير البحث إلى أن إقبال الشاب على سلوك التدخين يعتبر سببا للإصابة باضطرابات القلق و لــيس نتيجة .

٥- دراسة (٢٠٠١ , جامعة ميتشيغان الأمريكية) :

عنوان الدراسة: " التدخين و علاقته بالرغبة في الانتحار ".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة التدخين بالرغبة في الانتحار ، ومراقبة عــادات التدخين والصحة النفسية لدى عينة من طلبة الجامعات في الأعــوام ١٩٩٢م ـــ ١٩٩٤م ومــن ١٩٩٩م إلى ٢٠٠١ و اشتملت عينة الدراسة على ٩٠٠ شخص تمت متابعتهم لأكثر مــن ١٠ سنوات، تراوحت أعمارهم آنذاك بين ٢١ – ٣٠ عاماً، و اســتخدم البــاحثون الاســتبانة ، و توصلت الدراسة إلى محاولة ١٩ شخص الانتحار خلال فترة الدراسة، وتم تسجيل ١٣٠ حالــة لنية الانتحار والموت السريع . و اكتشف الباحث أن الرغبة في الانتحار والموت السريع قد تنتج بصورة أساسية عن عادة التدخين اليومية عنــد مــن يمارســونها حاليــاً، ولــيس عنــد مــن تركوها.ولاحظ الباحث وجود علاقة بين من يدخنون يومياً والإقبال على سلوكيات الانتحار ، في حين لم تظهر مثل هذه العلاقة عند المدخنين السابقين الذين تركوا هذه العادة الضارة مــشيرين إلى أن النتائج بقيت ثابتة حتى بعد الأخذ في الاعتبار الإصــابة الــسابقة بالاكتئــاب وإدمــان المخدرات والاضطرابات النفسية ومحاولة الانتحار الماضية .

٦ – دراسة (R P Caplan: 1999)

عنوان الدراسة: " الضغط النفسي، القلق و الاكتئاب لدى الأطباء الاستشاريين ، الممارسين العامين، و مدراء الخدمات الصحية "

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة الضغط النفسي ، القلق و الاكتئاب لدى مجموعة من الفريق الطبي العامل بمستشفي لينكون كاونتي . وتكونت عينة الدراسة من (٥٢٤) موظفا. ٨١ استشاريا، و ٣٢٢ ممارس عام ، و ١٢١ مدير قسم . و قد استخدم الباحث مقياس الصحة العامة و مقياس قلق و اكتئاب المستشفى. و قد أظهرت النتائج أن ٤٦% من الموظفين لا يعانون من القلق،و ٢٥% منهم ينتمون للفئة الحدية، و ٢٩% لديهم مستو عال من القلق.و فيما يتعلق بالاكتئاب فقد أظهرت النتائج أن ٢٧% من الممارسين العامين يعانون من الاكتئاب النفسي و أن الممارسين العامين يعانون أكثر من مدراء الأقسام حيث بلغت نسبة الاكتئاب النفسي لدى مدراء الأقسام ٦%. فيما يتعلق بالأفكار الانتحارية فقد أظهرت النتائج أن ١٤% من الممارسين العامين لديهم أفكار انتحارية و ٥% من الأطباء الاستشاريين، و ١٣% من مدراء الأقسام. و لم تكن هنالك فروق تذكر في باقي بنود أدوات الدراسة. و قد خلصت الدراسة إلى أن مستوى القلق و الاكتئاب لدى الممارسين العامين و مدراء الأقسام مرتفع بل أعلى مما كان متوقعا.

ثالثا: دراسات تناولت سمات الشخصية:

١– دراسة (٢٠٠٤،المغراوي) :

عنوان الدراسة: " العلاقة بين المهنة وبعض سمات الشخصية لدى الأطباء والمدرسين بشعبية مصراته" .

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير المهنة على سمات الشخصية لدى الأطباء والمدرسين في مهنتي الطب والتدريس. وقد اختيرت مهنتي الطب والتدريس لما تتميز به هاتان المهنتان من تفاعل مع الحياة ومع بيئة العمل التي يعملون بها ومدى تأثير هذه البيئة على سماتهم الشخصية ، و قد اشتملت عينة البحث على عينتين: فالأولى منها كانت عينة الصدق والثبات والتي اشتملت على عينة قوامها (٢٠) من الأطباء والمعلمين من مجتمع الدراسة ، أما العينة الثانية فهي العينة الأساسية والتي طبقت المقاييس عليها وكان قوامها (٧١) من الأطباء والمعلمين .و قد استخدم الباحث مقياسي الجمود الفكري والسلوك التوكيدي حيث تم تكييفها على البيئة المحلية ومدى دلالة الفروق بين هذه المقاييس من خلال متغيري المهنة والجنس ، و قد استخدم الباحث وسائل إحصائية مثل معامل ارتباط بيرسون، معادلة ارتباط سبيرمان / براون، الاختبار التائي T-Test لمتوسطين مرتبطين، و قد كانت النتائج كالتالي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائياً في الجمود الفكري بين الأطباء والمدرسين أي أن متغير المهنة في هذه الحالة لم يؤثر على سمة الجمود الفكري .
- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الجمود الفكري بين الذكور والإناث، وهذا يعني أن متغير الجنس لا يؤثر على سمة الجمود الفكري .
- متوسط المدرسين أعلى من متوسط الأطباء في الأبعاد التالية :
  (في الدفاع عن الحقوق وفي بعد الاستقلالية والسعي للقبول)
- متوسط الأطباء أعلى من متوسط المدرسين في الأبعاد التالية :
  (في بعد التوكيدية الاجتماعية ، وفي بعد التوجيهية)
- متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث في الأبعاد التالية :
  (الدفاع عن الحقوق – وفي بعد التوجيهية – وبعد الاستقلالية)

٢- دراسة (C Spielberger & G Jacobs ، ٢٠٠٣) :

عنوان الدراسة: " الشخصية و سلوك التدخين "

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة التدخين بسمات الشخصية لدى عينة من المدخنين الذكور و الإناث لدى الأطباء العاملين بالمستشفى اليوناني ، و قد استخدم الباحث استبانة أيزنك للشخصية (EPQ) و مقياس سمات الشخصية (STPI) و مقياس سلوك التدخين ، و قد تكونت عينة البحث من ٩٥٥ طالباً (٦٠٣ إناث، و ٣٥٢ ذكور) من المدخنين و غير المدخنين ، و قد أظهرت نتائج البحث أن المدخنين لديهم نسبة عالية من العصابية و الذهانية على مقياس (EPQ) . كذلك أظهرت نتائج البحث أن الإناث المدخنات لديهن نسبة عالية من القلق على (STPI) مقارنة بقرنائهن غير المدخنات في حين تنبين أن الذكور المدخنين لديهم نسبة منخفضة من القلق على (STPI) مقارنة بقرنائهم غير المدخنين . كذلك أظهرت نتائج البحث أن الإناث المدخنات حالياً ليهن نسبة أقل فيما يتعلق بسمة العصابية و مستوي القلق مقارنة بالإناث المدخنات من حين لآخر و اللواتي أقلعن عن التدخين .

٣- دراسة (١٩٩٩، الأنصاري) :

عنوان الدراسة: " الفروق بين مدخني السجائر وغير مدخنيها من طلبة جامعة الكويت في بعض سمات الشخصية"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الفروق بين مدخني السجائر وغير مدخنيها من طلبة جامعة الكويت في بعض سمات الشخصية. وتكونت عينة الدراسة من (٨٧٤) طالباً من طلبة بجامعة الكويت من بين مدخني السجائر وغير مدخنيها، بواقع (٥٢٤) طالب مدخن

و(٣٥٠) طالب غير مدخن، تراوحت غالبية أعمارهم بين (١٨-٢٥) عاماً ، أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فقد كانت كما يلي: مقياس جامعة الكويت للقلق، ومقياس بيك لليأس، ومقياس جامعة الكويت للتشاؤم، ومقياس العصابية المتفرع من اختبار " أيزنك" للشخصية، ومقياس سمة الغضب المتفرع من قائمة حالة وسمة الغضب والتعبير عنه، وقائمة "بيك" الثانية للاكتئاب، وبعض المقاييس المتفرعة عن قائمة تقدير الشخصية واللامبالاة، والاهتمامات بالصحة، والتحولية، وإيذاء الذات، والسيكوباتية، والعدوان، والانعصاب، والتفكير الانتحاري، والتمركز حول الذات. وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن فروق جوهرية بين المدخنين وغير المدخنين في اليأس والسيكوباتية والعدوان والانعصاب فقط حيث أن المدخنين كانوا أكثر شعورا باليأس والسيكوباتية بالعدوان والانعصاب عن غير المدخنين . كما أظهرت النتائج أن غالبية الصفات السلبية (التشاؤم، والاكتئاب، والقلق،والعصابية، والغضب، والتفكير الانتحاري، واللامبالاة، والاهتمامات بالصحة، والتمركز حول الذات ، وإيذاء الذات) فيما يبدو يتساوى فيها المدخنون وغير المدخنين . ومن جانب آخر كشفت نتائج الدراسة الحالية أن مكونات شخصية المدخنين تكمن في ثلاثة عوامل (العصابية ، واللامبالاة، والسلوك المضاد للمجتمع) ، فضلا عن الفروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على النيكوتين في المتغيرات التالية (الاعتماد اللاإرادي ، وحب الاستطلاع ، والفضول ، والغضب ، والقلق ، والاسترخاء ، وسلوك الإقلاع عن التدخين ، والمثيرات الحسية ، والدافعية للتدخين، وسلوك بداية التدخين ، والحالات النفسية).

تعليق عام على الدراسات السابقة:

يتضح من الدراسات السابقة أهمية موضوع التدخين وعلاقته بمستوى القلق و بعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين لما يمثله هؤلاء من أهمية خاصة في المجتمع ككل والعملية العلاجية بوجه خاص .

رغم ما قام به الباحث من الإطلاع الدؤوب على الدراسات والأدب المتعلق بموضوع الدراسة، إلا أن هذه الفئة لم تنل قسطاً وافراً من الدراسات التربوية والنفسية بشكل عام خصوصا في الوسط العربي، فعلى - حد علم الباحث- إن الدراسات في ميدان التدخين في قطاع غزة لا تزال شحيحة للغاية . من هنا تأتي أصالة هذا البحث و لعله البحث الأول في قطاع غزة الذي يتناول موضوع التدخين ، و لعله البحث الأول في قطاع غزة الذي يختار فئة الأطباء كعينة للدراسة.

تبرز الدراسات السابقة تعدد الآثار السلبية للتدخين. وقد أظهرت النتائج اهتماماً واضحاً في الكشف عن الأضرار الناجمة عن التدخين مثل الإصابة بالسكتة القلبية كما جاء في دراسة

(Klaif Beats ،٢٠٠٦)، العلاقة ما بين التدخين و الإصابة بسرطان الرئة و متوسط عمر المدخن مثل دراسة (Sair Richard ،٢٠٠٦)، وأثر التدخين على القدرات العقلية لدى المراهقين المدخنين مثل دراسة (جامعة بيل، ٢٠٠٥) ، و أثر التدخين على الأداء الوظيفي لدى عينة من الموظفين مثل دراسة (Jhon Karlile ،٢٠٠٥) ، و دراسة الاكتئاب و القلق لدى الأطباء العاملين بوحدات العناية المكثفة مثل دراسة (B Erdur ، 2004)و المعرفة و الاتجاهات و سلوك الأطباء المدخنين لدى الأطباء مثل دراسة (٢٠٠٣ ، Tomson T & H Helgason)، و أسباب التدخين لدى عينة من المدخنين الذكور و الإناث مثل دراسة (2002 ، Ralf Dolfeeno)،)، و الفروق بين مخني السجائر وغير مدخنيها من الطلبة في بعض سمات الشخصية مثل دراسة الأنصاري، ١٩٩٩) ، و الضغط النفسي و القلق و الاكتئاب لدى الأطباء الاستشاريين و الممارسين العاميين و مدراء الخدمات الصحية مثل دراسة (R P Caplan، ١٩٩٤) و التصورات والمواقف تجاه التدخين لدى الأطباء في مثل دراسة (١٩٩٠ ، D Sarkar & R Dhand) .

كما أن الدراسات السابقة تنوعت في استخدامها لإجراءات البحث من حيث الأدوات والمعالجة الإحصائية كل حسب هدفه وفروضه، مما أتاح للباحث الحالي فرصة الاستفادة والاستنارة بها وفق متطلبات البحث الحالي. وبنظرة فاحصة نجد التباين بين هذه الدراسات في الأهداف والفروض والأدوات والعينة والأساليب الإحصائية والنتائج .

أما الأدوات والمقاييس فمنها ما قام الباحثون بإعدادها أو تعريبها أو تكييفها مع البيئة التي أجريت فيها الدراسة، ومنهم من استخدم مقاييس وأدوات من إعداد باحثين آخرين لملاءمتها لطبيعة دراساتهم، أو لكونها قننت في نفس بيئة الدراسة المعنية. ولكن الدراسة الحالية اعتمدت على أدوات قام الباحث الحالي بتقنينها على البيئة الفلسطينية والتأكد من صدقها وثباتها قبل تطبيقها.

أما بخصوص اختيار عينة الدراسة فقد اختلفت من حيث نسبة حجم العينة إلى مجتمعها الأصلي، وهناك بعض الدراسات التي اعتمدت المجتمع الأصلي كله كعينة للدراسة لصغره، أو لضرورته حسب طبيعة الدراسة، كما اختلفت هذه العينات من حيث الفئة المستهدفة فكانت بعض العينات من المراهقين و من الأطباء و الممرضين العاملين بالمشافي و من موظفين في مكاتب حجز للطيران و من المدرسين و غيرهم.

ولقد تنوعت الأساليب الإحصائية المتبعة في هذه الدراسات طبقا لتنوع الهدف منها، ومن أكثر الأساليب الإحصائية شيوعا في هذه الدراسات :حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط وتحليل التباين واختبار "ت" وبعضها استخدم التحليل العاملي.

والدراسة الحالية استضاءت بهذه الأساليب فاستخدمت النسبة المئوية والتكرارات، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و الوزن النسبي، تحليل التباين الأحادي لدراسة الفروق لأكثر من متغيرين، ومعامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرين أحدهما تابع والأخر مستقل، واختبار (ت) T- Test لعينتين مستقلتين وكذلك للمقارنة بين متوسط فئتين مختلفتين بالنسبة لمتغير تابع، وتم استخدام اختبار إيتا لقياس حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع،

تنفرد هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في أمرين:

الأول: اختيار موضوع الدراسة وهو التدخين، و هو من المواضيع التي لم تدرس في قطاع غزة.

الثاني: عينة الدراسة و هم الأطباء و الذين قلما جرت عليهم الأبحاث في قطاع غزة، و لعل عامل الخجل كان الدافع من عدم الوصول لهذه الشريحة، و حقيقة فقد واجه الباحث بعض الإحراج عند توزيع استبانات البحث، فبعض الزملاء اعتبرها عيبا، و الآخر اعتبرها تقليلا من شأن الأطباء اعتقادا منهم بأن العادة جرت على أن تجرى البحوث على المرضى و ليس على الأطباء الذين يعالجون المرضى.

و بالرغم من قلة الدراسات السابقة إلا أن الباحث الحالي قد استفاد منها في صياغة أهداف الدراسة وأسئلتها وفروضها وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة في تلك الدراسات، كما استفاد منها في استخدام أدوات البحث.

فروض الدراسة:

حيث جاءت فروض الدراسة غير مساوية لعدد الأسئلة، و هي كما يلي:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير العمر (من ٢٦–٣٥ سنة، من ٣٦–٤٥ سنة ، من ٤٦– ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر)؟.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير العمر (من ٢٦–٣٥ سنة، من ٣٦–٤٥ سنة ، من ٤٦– ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر)؟.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج،أعزب، مطلق) ؟.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج،أعزب، مطلق) ؟.

٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغيرعدد أفراد الأسرة (من ١–٥ أفراد، من ٦–٩ أفراد، أكثر من ١٠ أفراد) ؟.

٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (من ١–٥ أفراد ، من ٦–٩ أفراد ، أكثر من ١٠ أفراد) ؟.

٧. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير المؤهل العلمي (بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه) ؟.

٨. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير المؤهل العلمي(بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه) ؟.

٩. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، عاطل)؟.

١٠.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، عاطل)؟.

١١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير الخبرة (من ١–٤ سنوات، من ٥–٨ سنوات، من ٩–١٢ سنة، أكثر من ١٢ سنة)؟.

١٢.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير الخبرة (من ١–٤ سنوات، من ٥–٨ سنوات، من ٩–١٢ سنة، أكثر من ١٢ سنة)؟.

١٣.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير سنوات التدخين (من ١–١٠ سنوات،من ١١–٢٠ سنة، أكثر من ٢٠ سنة) ؟.

١٤.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير سنوات التدخين(من ١–١٠ سنوات،من ١١–٢٠ سنة، أكثر من ٢٠ سنة) ؟.

١٥.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير عدد السجائر المدخنة يوميا (من ١–١٠ سجائر ، من ١١–٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة) ؟.

١٦.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير عدد السجائر المدخنة يوميا(من ١–١٠ سجائر ، من ١١–٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة) ؟.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- منهج الدراسة
- مجتمع الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- المعالجة الإحصائية
- خطوات الدراسة

مقدمة:

في هذا الفصل يتناول الباحث بالشرح والتوضيح منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، واختيار عينة الدراسة وتوزيع أفراد العينة، الأدوات المستخدمة في الدراسة من حيث بنائها واختبار صدقها وثباتها، ثم ينهي الباحث بخطوات الدراسة.

أولاً: منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي نظراً لملاءمته لطبيعة الدراسة الحالية: " التدخين و علاقته بمستوى القلق و بعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين بقطاع غزة ". ويعتبر هذا المنهج طريقة في البحث عن الحاضر للإجابة عن تساؤلات محددة دون تدخل من الباحث في ضبط المتغيرات أو إدخال معالجات جديدة، وإنما يدرس ما هو موجود أو كائن. (دياب، ٢٠٠٣: ٨٢)

ثانياً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من الأطباء البشريين العامين الحاصلين على درجة البكالوريوس في الطب البشري و الاختصاصيين من حملة الماجستير و الدكتوراه،و الحاصلين على رخصة مزاولة المهنة و غير الحاصلين (أطباء الامتياز)، و كذلك الأطباء العاملين في مؤسسات حكومية مثل مراكز الرعاية الأولية و المستشفيات ، و عيادات الخدمات الطبية و العاملين بعيادات التابعة لوكالة الغوث و الجمعيات الأهلية، و كذلك الأطباء العاملين بنظام الساعة، و الأطباء المتطوعين في جميع الأماكن المذكورة آنفا بقطاع غزة. و تفيد الإحصاءات من (مركز المعلومات الفلسطيني: ٢٠٠٦) بأن عدد الأطباء يبلغ ٢٠٦ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة في قطاع غزة، فإذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن عدد سكان قطاع غزة قد بلغ المليون و نصف فإن عدد الأطباء- مجتمع الدراسة- هو ٣٠٩٠ طبيب .

ثالثاً: عينة الدراسة:

أ-العينة الاستطلاعية Pilot Sample :

وتكونت من (٥٤) طبيب، بهدف تحقيق النقاط التالية:

- التأكد من وضوح الصياغة اللغوية بالنسبة للأطباء.
- التأكد من مناسبة الفقرات لمستوي الأطباء.
- التعرف إلي المشكلات والمواقف التي قد يتعرض لها الباحث من أجل تفاديها عند التطبيق النهائي.
- معرفة متوسط الزمن المتطلب للإجابة على الاستبانة.

- الوصول إلى أنسب الطرق المنظمة لتحديد هيكل العمل المطلوب والقائم على توزيع وجمع الاستمارات وتنفيذ المقياس بدقة وسهولة.
- المعالجة الإحصائية من أجل التأكد من صدق وثبات الاستبانة.

ب- **العينة الفعلية Study Sample** : وتكونت عينة البحث من (١٨٦) طبيب مدخن تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

رابعاً: أدوات القياس المستخدمة في الدراسة:

قام الباحث باستخدام أداتين للدراسة حسب المتغيرات الموجودة في الدراسة. حيث تم استخدام مقياس القلق الصريح لجانيت تايلور و هو مقتبس و معد من د. مصطفى فهمي. كذلك تم استخدام مقياس تقدير الشخصية لرونالد-ب-رونر و هو مترجم و معد من د. ممدوحة سلامة. وجميع هذه الأدوات مقننة على البيئة المصرية. وقام الباحث بتقنين الأدوات على البيئة الفلسطينية عن طريق حساب صدق وثبات الأداة المستخدمة على عينة تجريبية قوامها (٥٤) طبيب .والمقياسان هما:

- مقياس القلق الصريح.
- مقياس تقدير الشخصية.

مقياس القلق الصريح:

أولا: صدق مقياس القلق الصريح:

I) **الصدق Validity**:

يعرف الصدق بأنه الدرجة التي تقيس فيه الأداة ما صممت لقياسه فعلاً، و يتم حساب الصدق بعدة طرق أهمها صدق المحتوى و الصدق التمييزي. (الأغا، ٢٠٠٠: ١٠٤)
للتحقق من صدق المقياس تم حساب الصدق بطريقين وهما كالتالي:

II) صدق المحتوى Content Validity:

يعرف صدق المحتوى بأنه "**الدرجة التي تعتبر فيها فقرات الأداة أو الاختبار عينة ممثلة لجميع جوانب المجال المقاس**". 1975, p 287, Ahman, J.Stanley and (Glock, Marvin D.) .و أهم الطرق للتحقق من ذلك هو عرض هذه الأداة على مجموعة من الخبراء في المجال الذي تنتمي إليه هذه الدراسة، و هو ما يعرف بصدق المحكمين.

III) صدق المحكمين Referees Validity :

حيث عرض المقياس في صورته الأولى(ملحق رقم ١) على (٧) من الأساتذة و الأطباء المختصين في هذا المجال لإبداء الرأي فيه في معاني الأبعاد الإجرائية، من حيث ملائمة الفقرات لقياس القلق، وصياغة الفقرات بصورة سليمة وواضحة، وشطب أو تعديل أو إضافة فقرات جديدة يجدونها مناسبة. وفي ضوء أراء السادة المحكمين (ملحق رقم ٢) قام الباحث بتعديل بعض العبارات وفقاً لذلك و بقي عدد عبارات المقياس كما هي (٥٠) فقرة (ملحق رقم 3)، ويوجد أمام كل عبارة ميزان تقدير مكون من (٢) درجة وهي: نعم وتعطي (٢)، و لا وتعطي (١)، ثم قام الباحث بتفريغ آراء المحكمين و حساب نسبة الموافقة على كل عبارة، فتراوحت ما بين ٨٥% إلى ١٠٠% و لذلك فقد قام الباحث باستبعاد متغير مكان السكن و متغير مكان العمل،وبذلك يكون الباحث قد تحقق من الصدق المنطقي للمقياس.

IV صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

تقوم فكرة هذا النوع من الصدق على حساب ارتباطات درجات الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس، و كذلك مع الأبعاد التي تنتمي إليها، إضافة لحساب الارتباطات البينية للأبعاد المكونة للاستبانة (حبيب، ١٩٩٦: ٣٢٢).

و لقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس القلق والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس بهدف التحقق من مدى صدق المقياس، و قد تم الاعتماد على معامل ارتباط بيرسون بدرجة دلالة موضحة أسفل الجدول.

جدول (١) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس القلق والدرجة الكلية للمقياس

مدى انسجام كل فقرة مع السياق العام للمقياس.

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
(1)	.568**	(26)	.144
(2)	.257	(27)	.601**
(3)	.464**	(28)	.144
(4)	-.036	(29)	.601**
(5)	.164	(30)	.540**
(6)	.445**	(31)	.319*
(7)	0.384**	(32)	.164**
(8)	0.384**	(33)	.643**
(9)	0.559	(34)	.505**
(10)	0.236**	(35)	.399**
(11)	0.547**	(36)	.652**
(12)	٠,٤٩٧	(37)	.530**
(13)	-0.188	(38)	.559**

.514**	(39)	0.205	(14)
-.169	(40)	0.138	(15)
.445**	(41)	0.262	(16)
.122	(42)	0.173	(17)
.111	(43)	0.468**	(18)
.254	(44)	-.105	(19)
.587**	(45)	0.586**	(20)
.385**	(46)	.449**	(21)
.471**	(47)	.352**	(22)
.312*	(48)	.131	(23)
.537**	(49)	.416**	(24)
.178	(50)	.599**	(25)

** دالة عند مستوى 0.01   * دالة عند مستوى 0.05   - غير دالة

من الجدول (١) يتبين ما يلي:

- حققت أغلب فقرات الاستبانة و عددها ٣٨ فقرة ارتباطات جوهرية مع الدرجة الكلية للاستبانة (جميعها بلغ مستوى الدلالة الإحصائية عند أقل من 0.01 و 0.05)
- تم حذف ١٢ فقرة من أصل ٥٠ فقرة و هي الفقرات (٤، ٥، ١٣، ١٤، ١٥، ١٩، ٢٣، ٢٦، ٤٠، ٤٢، ٤٣، ٥٠)

٣- صدق المقارنة الطرفية Test of Extreme Groups:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الثلث الأعلى في الدرجات بمتوسط الثلث الأقل في الدرجات .وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية (حفني ، ١٩٨٠: ٦٢) بين أعلى (٢٥%) من الدرجات وأقل (٢٥%) من الدرجات ، حيث تم احتساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) فكانت دالة عند مستوى دلالة أقل من (٠,٠١) .

ثانياً: ثبات مقياس القلق الصريح Reliability

تم تطبيق مقياس القلق الصريح على العينة الاستطلاعية من الأطباء المدخنين وعددهم (٥٤) طبيب ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

١- الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ Alpha

تم حساب معامل ألفا كرونباخ، معامل ألفا و التعديل بطريقة ريتشارد كيرسون حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس مستوى القلق تساوي (٠,٥٨٨)، وهذا دليل كافي على أن مقياس مستوى القلق يتمتع بمعامل ثبات عالي ومرتفع.

N of Items	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Cronbach's Alpha
50	.865	.840

(جدول رقم ٢)

ويظهر قيمة معيارية عالية للثبات= ٠,٨٦

٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split _half methods :

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية ، حيث تم قسمة بنود المقياس الكلي إلى نصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول(الفقرات الفردية) ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس (الفقرات الزوجية)، فقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون للمقياس بهذه الطريقة (٠,٨٣)، وباستخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (٠,٩٠)

معادلة سبيرمان براون المعدلة = ر*٢ /ر+١ = ٠,٨٣*٢/٠,٨٣+١=٠,٩٠

هذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية (حفني ، ١٩٨٠: ٤٥).

.636	Value	Part 1	Cronbach's Alpha
25(a)	N of Items		
.835	Value	Part 2	
25(b)	N of Items		
50	Total N of Items		
.588	Correlation Between Forms		
.741	Equal Length		Spearman-Brown Coefficient
.741	Unequal Length		
.735	Guttman Split-Half Coefficient		

(جدول رقم ٣)

a The items are: q1, q2, q3, q4, q5, q6, q7, q8, q9, q10, q11, q12, q13, q14, q15, q16, q17, q18, q19, q20, q21, q22, q23, q24, q25.

b The items are: q26, q27, q28, q29, q30, q31, q32, q33, q34, q35, q36, q37, q38, q39, q40, q41, q42, q43, q44, q45, q46, q47, q48, q49, q50.

من الجدول السابق يتضح أن قيمة معامل الارتباط بين المجموعتين = ٠,٥٨٨ و هي تمثل نسبة ثبات مقبولة٠

صدق مقياس تقدير الشخصية:

للتحقق من صدق المقياس تم حساب الصدق بطريقين وهما كالتالي:

١- صدق المحكمين:

حيث عرض المقياس في صورته الأولى ملحق رقم (١)على (٧) من الأساتذة المختصين في هذا المجال لإبداء الرأي فيه في معاني الأبعاد الإجرائية، من حيث ملائمة الفقرات لقياس سمات الشخصية، وصياغة الفقرات بصورة سليمة وواضحة، وشطب أو تعديل أو إضافة فقرات جديدة يجدونها مناسبة. وفي ضوء أراء السادة المحكمين (ملحق رقم ٢) قام الباحث بتعديل بعض

العبارات وفقاً لذلك وبقي عدد العبارات كما هي ٦٣ فقرة (ملحق رقم ٥) ، ويوجد أمام كل عبارة ميزان تقدير مكون من ٤ درجات ، حيث "دائما" تعطي (٤) ، و"أحياناً" تعطي (٣) ،و "نادرا" تعطي (٢) ، و"أبداً" تعطي (١). ثم قام الباحث بتفريغ آراء المحكمين و حساب نسبة الموافقة على كل عبارة، فتراوحت ما بين ٩٠% إلى ١٠٠%. وبذلك يكون الباحث قد تحقق من الصدق المنطقي للمقياس.

٢-صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس تقدير الشخصية والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس، ولهدف التحقق من مدى صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال جدول (٤):

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
(1)	.595**	(33)	.160
(2)	.031	(34)	.590**
(3)	.626**	(35)	.635**
(4)	.642**	(36)	.481**
(5)	.371**	(37)	.207
(6)	.507**	(38)	.490**
(7)	.592**	(39)	.604**
(8)	.358**	(40)	.517**
(9)	.598**	(41)	.169
(10)	.345*	(42)	.538**
(11)	.520**	(43)	.329*
(12)	.232	(44)	-.338*
(13)	.275*	(45)	.712**
(14)	.437**	(46)	.552*
(15)	.161	(47)	.590**
(16)	.538**	(48)	.671**
(17)	.586**	(49)	.475**
(18)	.581**	(50)	.650**
(19)	.102	(51)	.362**
(20)	.200	(52)	.662**
(21)	.638**	(53)	.534**
(22)	.315*	(54)	.311*
(23)	.425**	(55)	.492**
(24)	.532**	(56)	.603**
(25)	.527**	(57)	.419**
(26)	.630**	(58)	.038
(27)	.537**	(59)	.508**

.656**	(60)	.402**	(28)
.322*	(61)	.508**	(29)
.141	(62)	.322*	(30)
.507**	(63)	.421**	(31)
		.559**	(32)

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05 – غير دالة

من الجدول (٤) يتبين ما يلي:

- حققت أغلب فقرات الاستبانة و عددها ٦٣ فقرة ارتباطات جوهرية مع الدرجة الكلية للاستبانة (جميعها بلغ مستوى الدلالة الإحصائية عند أقل من 0.01 و 0.05)
- تم حذف ١٠ فقرات من أصل ٦٣ فقرة و هي الفقـــرات (٢، ١٢، ١٥، ١٩، ٢٠، ٣٣، ٣٧، ٤١، ٥٨، ٦٢).

٣- صدق المقارنة الطرفية Test of Extreme Groups:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الثلث الأعلى في الدرجات بمتوسط الثلث الأقل في الدرجات .وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقـــة المقارنـــة الطرفية (حفني ، ١٩٨٠: ٦٢) بين أعلى (٢٥%) من الدرجات وأقل (٢٥%) من الـــدرجات ، حيث تم احتساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) فكانت دالة عند مستوى دلالـــة أقل من (٠,٠١) .

ثانياً: ثبات مقياس تقدير الشخصية Reliability

تم تطبيق مقياس تقدير الشخصية على العينة الاستطلاعية من الأطباء المدخنين وعددهم (٥٤) طبيب ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

١-الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ Alpha

تم حساب معامل ألفا كرونباخ، معامل ألفا و التعديل بطريقة ريتشارد كيرسون حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس تقدير الشخصية تساوي (٠,٨٥٤)، وهذا دليل كـــافي علـــى أن مقياس تقدير الشخصية يتمتع بمعامل ثبات عالي ومرتفع.

N of Items	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Cronbach's Alpha
63	.933	.933

(جدول رقم ٥)

و في الجدول دلالة قوية جدا على ثبات بنود الاستبانة الثانية

٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split _half methods :

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية ، حيث تم قسمة بنود المقياس الكلي إلى نصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول(الفقرات الفردية) ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس (الفقرات الزوجية)، فقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون للمقياس بهذه الطريقة (٠,٨٥٤)، وباستخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (٠,٩٠)

معادلة سبيرمان براون المعدلة = ر*٢ /ر+١ = ٠,٨٣*٢/٠,٨٣+١=٠,٩٠

هذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية (حفني ، ١٩٨٠: ٤٥).

(جدول رقم ٦)

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.878
		N of Items	32(a)
	Part 2	Value	.875
		N of Items	31(b)
		Total N of Items	63
		Correlation Between Forms	.854
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.921
		Unequal Length	.921
		Guttman Split-Half Coefficient	.921

a The items are: qq1, qq2, qq3, qq4, qq5, qq6, qq7, qq8, qq9, qq10, qq11, qq12, qq13, qq14, qq15, qq16, qq17, qq18, qq19, qq20, qq21, qq22, qq23, qq24, qq25, qq26, qq27, qq28, qq29, qq30, qq31, qq32.
b The items are: qq33, qq34, qq35, qq36, qq37, qq38, qq39, qq40, qq41, qq42, qq43, qq44, qq45, qq46, qq47, qq48, qq49, qq50, qq51, qq52, qq53, qq54, qq55, qq56, qq57, qq58, qq59, qq60, qq61, qq62, qq63.

يتضح أن معامل الثبات أقوى في الاستبانة حيث يساوي ٠,٨٥٤

سادساً: المعالجات الإحصائية:

استخدمت الأساليب الإحصائية التالية للإجابة عن أسئلة الدراسة والتحقق من فروضها:

١- النسبة المئوية والتكرارات.

٢- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و الوزن النسبي.

٣- تحليل التباين الأحادي لدراسة الفروق لأكثر من متغيرين.

٤- معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرين أحدهما تابع والأخر مستقل.

٥- اختبار (ت) T- Test لعينتين واختبار إيتا لقياس حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع (الحكيم، ٢٠٠٤: ٣٦٢).

سابعاً: خطوات إجراء الدراسة:

قام الباحث بإعداد هذه الدراسة وفقا للخطوات التالية:

١- قام الباحث بإعداد الإطار النظري للدراسة وتحديد المتغيرات الثلاث، وهي الأحداث الضاغطة، الصحة النفسية، والمساندة الاجتماعية

٢- قام الباحث بإجراء مسح للدراسات السابقة التي تناولت كل متغير على حدة، والدراسات التي تناولت الثلاثة متغيرات مجتمعة لدى فئات مختلفة وفي بيئات عربية وأجنبية.

٣- قام الباحث بتجهيز أدوات الدراسة وتقنينها والتأكد من صدقها وثباتها من خلال العينة الاستطلاعية وبعد عرضها على لجنة من المحكمين.

٤- بعد التأكد من صدق وثبات الأداة بطرق متعددة، قام الباحث بتحديد عينة الدراسة وتطبيق الأدوات عليها.

٥- خرج الباحث بمجموعة نتائج قام بتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

٦- وبناء على تلك النتائج وتفسيرها، خرج الباحث بمجموعة من الاستنتاجات حيث قدم بناءً عليها بعدة توصيات؛ للاستفادة منها في ميدان العمل النفسي، واقترح عدة مواضيع للدراسات المستقبلية.

الفصل الخامس

عرض و تفسير نتائج الدراسة

- إحصاءات وصفية لمستوى القلـق و سـمات الشخـصية للأطباء المدخنين.
- عرض نتائج فروض الدراسة.
- تفسير فروض الدراسة.
- مناقشة فروض الدراسة.
- التوصيات و المقترحات.

الجداول التالية توضح عينة الدراسة حسب المتغيرات .

جدول (٧)

يوضح عينة الدراسة حسب العمر

العمر	العدد	النسبة المئوية
من ٥٥ فأكثر	7	3.76
من ٤٦-٥٥	24	12.90
من ٣٦-٤٥	51	27.42
من ٢٦-٣٥	104	55.91
المجموع	186	100.00

جدول (٨)

يوضح عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية
مطلق	2	1.08
متزوج	132	70.97
أعزب	52	27.96
المجموع	186	100.00

جدول (٩)

يوضح عينة الدراسة حسب أفراد العينة

أفراد العينة	العدد	النسبة المئوية
أكثر من ١٠	24	12.90
من ٦-٩ أفراد	67	36.02
من ١-٥ أفراد	95	51.08
المجموع	186	100.00

جدول (١٠)

يوضح عينة الدراسة حسب عنوان السكن

عنوان السكن	العدد	النسبة المئوية
المنطقة الجنوبية	70	37.63
المنطقة الوسطى	56	30.11
المنطقة الشمالية	60	32.26
المجموع	186	100.00

جدول (١١)

يوضح عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

مؤهل	العدد	النسبة المئوية
دكتوراه فأكثر	7	3.76
ماجستير	43	23.12
بكالوريوس	136	73.12
المجموع	186	100.00

جدول (١٢)

يوضح عينة الدراسة حسب مكان العمل

العمل	العدد	النسبة المئوية
أهلية	26	13.98
وكالة	21	11.29
حكومة	115	61.83
متطوع	24	12.90
المجموع	186	100.00

جدول (١٣)

يوضح عينة الدراسة حسب مكان العمل

العمل	العدد	النسبة المئوية
مستوصف خيري	42	22.58
مستشفى	97	52.15
رعاية أولية	47	25.27
المجموع	186	100.00

جدول (١٤)

يوضح عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

الخبرة	العدد	النسبة المئوية
أكثر من ١٢ سنة	33	17.74
من ٨–١١ سنة	25	13.44
من ٥–٨ سنة	32	17.20
من ١–٤ سنوات	96	51.61
المجموع	١٨٦	١٠٠

جدول (١٥)

يوضح عينة الدراسة حسب عدد سنوات التدخين

عدد سنوات التدخين	العدد	النسبة المئوية
من ١–١٠ سنة	93	50.00
من ١١–٢٠ سنة	72	38.71
من ٢٠ فأكثر	21	11.29
المجموع	١٨٦	١٠٠

جدول (١٦)

يوضح عينة الدراسة حسب عدد السجائر

عدد السجائر	العدد	النسبة المئوية
من ١–١٠ سجائر	48	25.81
من ١١–٢٠ سيجارة	100	53.76
من ٢٠ فأكثر	38	20.43
المجموع	١٨٦	١٠٠

ينص السؤال الأول من أسئلة الدراسة على:

ما مستوى القلق السائد لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة؟ .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بإيجاد المتوسطات والانحراف المعيـــاري والوزن النسبي للمقياس والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول(١٧)

مجموع الاستجابات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي (ن = ١٨٦)

م	المقياس	مجمـــــــوع الاستجابات	المتوسط	الانحـــراف المعياري	الـــــوزن النسبي
1	القلق	10138	54.505	6.548	71.72

يتضح من الجدول السابق أن القلق لدى الأطباء المـــدخنين أحتـــل علـــى وزن نـــسبي (٧١,٧٢%). و يرى الباحث أن هذه النسبة ليست بالقليلة– عند هذه الشريحة من المجتمع إذ أنه من المفترض أن يكون أبعد الناس من القلق . ولعل هذا يظهر علاقة التدخين بالقلق النفـــسي و هذه النتيجة تتطابق مع دراســـة **T Selebis & Athanassios** و دراســـة **Jeffrey G. Johnson** .

ينص السؤال الثاني من أسئلة الدراسة على:

ما أبرز سمات الشخصية لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة ؟.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بإيجاد المتوسطات والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد الاستبانة والجداول التالية توضح ذلك :

جدول(١٨)

ترتيب كل مجال من مجالات الاستبانة" تبعاً لمجموع الاستجابات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي والترتيب (ن = ١٨٦)

م	الفقرة	عدد الفقرات	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب في البعد
1	العدوان	8	3215	17.378	5.353	54.31	5
2	الاعتمادية	6	2810	15.108	3.484	62.95	1
3	التقدير السلبي للذات	9	3382	18.183	5.452	50.51	7
4	عدم الكفاية	9	3563	19.156	5.405	53.21	6
5	عدم التجاوب الانفعالي	6	2541	13.661	4.039	56.92	4
6	عدم الثبات الانفعالي	6	2792	15.011	3.478	62.54	2
7	النظرة السلبية للحياة	9	3882	20.871	5.824	57.97	3
	المجموع	53	22082	119.362	23.960	56.30	

يتضح من الجدول السابق أن بعد الاعتمادية احتل على المرتبة الأولى بوزن نسبي (٦٢,٩٥%) تلى ذلك بعد عدم الثبات الانفعالي احتل على المرتبة الثانية بوزن نسبي (٦٢,٥٤%)، تلى ذلك بعد النظرة السلبية للحياة احتل على المرتبة الثالثة بوزن نسبي (٥٧,٩٧%) تلى ذلك بعد عدم التجاوب الانفعالي احتل على المرتبة الرابعة بوزن نسبي (٥٦,٩٢%)، تلى ذلك بعد العدوان احتل على المرتبة الخامسة بوزن نسبي (٥٤,٣١%) تلى ذلك بعد عدم الكفاية احتل على المرتبة السادسة بوزن نسبي (٥٣,٢١%) تلى ذلك بعد التقدير السلبي للذات أحتل على المرتبة الأخيرة بوزن نسبي (٥٠,٥١%) أما السمات بشكل عام (٥٦,٣٠%).

يفسر الباحث بعد الاعتمادية و هو البعد الذي احتل المرتبة الأولى بنسبة (٦٢,٩٥%) بالقول لعل المدخن بشكل عام تتولد لديه مع مرور الزمن الاعتمادية وعدم الاكترات. كيف لا وهو أصلا لا يكترث بنفسه ولا بصحته ؟ و حقيقة لعل هذه النتيجة غريبة بعض الشيء إذ أن الطبيب و هو من الطبقة الراقية في المجتمع يعتمد عليه ليس في الطب فقط، إنما في شتى

مجالات الحياة فهو المنقذ و هو المصلح ذات البين، و هو مخفف الآلام، وهو المعيل للأسرة، و هو واجهة المجتمع، و هو ذو القرارات الصعبة.

ثم تلى ذلك بعد عدم الثبات الانفعالي احتل على المرتبة الثانية بوزن نسبي (٦٢,٥٤%) و هي نسبة قريبة جدا من بعد الاعتمادية . يفسر الباحث ذلك بتأثير النيكـــوتين علـــى الجهـــاز العصبي المركزي و الذي يجعل من الإنسان بارودا قابلا للاشتعال في أي لحظة.

أما الأبعاد الأربعة التالية: النظرة السلبية للحياة و الذي احتلت وزنا نـــسبيا (٥٧,٩٧%) وبعد عدم التجاوب الانفعالي و الذي احتل وزنا نسبيا (٥٦,٩٢%)، و بعد العدوان الذي احتـــل وزنا نسبيا (٥٤,٣١%)، و بعد عدم الكفاية الذي احتل وزنا نسبيا (٥٣,٢١%) فيرى الباحـــث أنها نسب مقبولة.

أما بعد التقدير السلبي للذات و الذي أحتل المرتبة الأخيرة بـــوزن نـــسبي (٥٠,٥١%) فيفسر الباحث ذلك بأن الطبيب يعتبر نفسه الأول في المجتمع و من الطبقة المميزة وله احترامه في كل الأمكنة، و لا ينكر الباحث دور الطبيب في الانتفاضات السابقة حيث قدم الكثير الكثير و لعل هذا ما جعل الطبيب يحصل على نسبة قليلة من بعد التقدير السلبي للذات.

نتائج التحقق من صحة الفرض الأول:

نص الفرض الأول على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (≥∝ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير العمر(من ٢٦-٣٥ سنة، من ٣٦-٤٥ سنة ، من ٤٦- ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (١٩)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير العمر(من ٢٦-٣٥ سنة، من ٣٦-٤٥ سنة ، من ٤٦- ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر)(ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	344.443	3	114.814	2.754	0.044	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	7588.051	182	41.693			
	المجموع	7932.495	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (٣،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٣,٨٨

ف الجدولية عند درجة حرية (٣،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٢,٦٥

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في الدرجة الكلية للاختبار ، أي أنه لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير **العمر**.

و يفسر الباحث هذه النتيجة بالقول إن التدخين آفة منذ اللحظة الأولى التي يضع فيها المدخن شفتيه على السيجارة الأولى، و لعل خط الدفاع الأول كما يسمى لا ينهار إلا بعد فترة طويلة من الزمن، يظل الجهاز النفسي للمدخن خلال حياة المدخن يقاوم و يقاوم إلى أن ينهار هذا الخط، و يدخل المدخن بحالة القلق المزمن. ويرى الباحث أن لكل فترة عمرية أسباب القلق الخاصة بها، فالإنسان كلما تقدم في العمر وجد أسباب قلق خاصة لكل مرحلة من مراحل حياته.

نتائج التحقق من صحة الفرض الثاني :

نص الفرض الثاني على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير العمر(من ٢٦-٣٥ سنة، من ٣٦-٤٥ سنة ، من ٤٦- ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٢٠)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير العمر(من ٢٦-٣٥ سنة، من ٣٦-٤٥ سنة ، من ٤٦- ٥٥ سنة ، من ٥٥ سنة فأكثر)(ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العدوان	بين المجموعات	539.517	3	179.839	6.917	0.000	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	4732.139	182	26.001			
	المجموع	5271.656	185				
الاعتمادية	بين المجموعات	67.334	3	22.445	1.875	0.135	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2178.516	182	11.970			
	المجموع	2245.849	185				
التقدير السلبي للذات	بين المجموعات	94.788	3	31.596	1.064	0.366	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5404.997	182	29.698			
	المجموع	5499.785	185				
عدم الكفاية	بين المجموعات	141.688	3	47.229	1.633	0.183	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5262.791	182	28.916			
	المجموع	5404.478	185				
عدم التجاوب الانفعالي	بين المجموعات	93.043	3	31.014	1.930	0.126	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2924.618	182	16.069			
	المجموع	3017.661	185				
عدم الثبات الانفعالي	بين المجموعات	181.908	3	60.636	5.367	0.001	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	2056.070	182	11.297			
	المجموع	2237.978	185				
النظرة السلبية للحياة	بين المجموعات	211.345	3	70.448	2.115	0.100	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	6063.558	182	33.316			
	المجموع	6274.903	185				
المجموع	بين المجموعات	5999.292	3	1999.764	3.653	0.014	دالة عند ٠,٠٥
	داخل المجموعات	99635.848	182	547.450			
	المجموع	105635.140	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٣,٨٨

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٢,٦٥

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في الأبعاد (الاعتمادية ، التقدير السلبي للذات، و عدم الكفاية، والنظرة

السلبية للحياة، و عدم التجاوب الانفعالي)، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العمر في تلك الأبعاد.

أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في الأبعاد (العدوان، وعدم الثبات الانفعالي، والدرجة الكلية)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير **العمر في تلك الأبعاد** ولمعرفة اتجاه الفروق استخدم الباحث اختبار شيفيه البعدي والجدول التالية توضح ذلك:

جدول (٢١)

يوضح اختبار شيفيه في العدوان تعزى لمتغير العمر

العمر	من ٢٦-٣٥ سنة م= 17.388	من ٣٦-٤٥ سنة م=17.333	من ٤٦- ٥٥ سنة م=15.167	من ٥٥ سنة فأكثر م=25.143
من ٢٦-٣٥ سنة م= 17.388	–	–	–	–
من ٣٦-٤٥ سنة م=17.333	0.055	–	–	–
من ٤٦- ٥٥ سنة م=15.167	2.222	2.167	–	–
من ٥٥ سنة فأكثر م=25.143	7.755*	7.810*	9.976*	–

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الفئة (من ٢٦-٣٥ سنة) وبين الفئة العمرية (من ٥٥ سنة فأكثر) لصالح الفئة العمرية (من ٥٥ سنة فأكثر)، وبين (من ٣٦-٤٥ سنة) وبين الفئة العمرية (من ٥٥ سنة فأكثر) لصالح الفئة العمرية (من ٥٥ سنة فأكثر)، (من ٤٦-٥٥ سنة) وبين الفئة العمرية (من ٥٥ سنة فأكثر) لصالح الفئة العمرية (من ٥٥ سنة فأكثر).

جدول (٢٢)

يوضح اختبار شيفيه في الثبات تعزى لمتغير العمر

العمر	من ٢٦-٣٥ سنة م= 15.163	من ٣٦-٤٥ سنة م=15.902	من ٤٦- ٥٥ سنة م=12.625	من ٥٥ سنة فأكثر م=14.429
من ٢٦-٣٥ سنة م= 15.163	–	–	–	–
من ٣٦-٤٥ سنة م=15.902	0.738	–	–	–
من ٤٦- ٥٥ سنة م=12.625	*2.538	*3.277	–	–
من ٥٥ سنة فأكثر م=14.429	0.735	1.473	1.804	–

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الفئة (من ٢٦-٣٥ سنة) وبين الفئة العمرية (من ٤٦-٥٥ سنة) لصالح الفئة العمرية (من ٢٦-٣٥ سنة) ، وبين (من ٣٦-٤٥ سنة) وبـين الفئة العمرية (من ٤٦-٥٥ سنة) ،لصالح الفئة العمرية (من ٣٦-٤٥ سنة).

جدول (٢٣)

يوضح اختبار شيفيه في المجموع تعزى لمتغير العمر

العمر	من ٢٦-٣٥ سنة م= 119.000	من ٣٦-٤٥ سنة م=123.000	من ٤٦- ٥٥ سنة م=108.000	من ٥٥ سنة فأكثر م=137.143
من ٢٦-٣٥ سنة م= 119.000	–	–	–	–
من ٣٦-٤٥ سنة م=123.000	4.000	–	–	–
من ٤٦- ٥٥ سنة م=108.000	11.000	15.000	–	–
من ٥٥ سنة فأكثر م=137.143	18.143	14.143	*29.143	–

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الفئة (من ٤٦-٥٥ سنة) وبين الفئة العمرية (من ٥٥ سنة فأكثر) لصالح الفئة العمرية (من ٥٥ سنة فأكثر).

يفسر الباحث هذه النتيجة بالقول إنه و مع تقدم السن يصاب المرء بما يسمى في الطب " ضمور خلايا الدماغ " Brain atrophy و لعله من هنا كان العدوان، وعدم الثبات الانفعالي هما البارزان في متغير العمر نظرا لما يحدث من تغيرات جذرية في الدماغ.

نتائج التحقق من صحة الفرض الثالث:

نص الفرض الثالث على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (≤∝ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(متزوج،أعزب، مطلق).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٢٤)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(متزوج،أعزب، مطلق). (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	24.825	2	12.413	0.287	0.751	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	7907.670	183	43.211			
	المجموع	7932.495	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في والدرجة الكلية لمقياس القلق، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

يرى الباحث أن الحالة الاجتماعية للطبيب المتزوج أو المطلق أو الأعزب لها ما يبررها من القلق حيث أن الوضع الاجتماعي الصعب الذي يعيشه (خلال إجراء الدراسة)يجعله قلقاً ويصبح القلق بالنسبة له خبرة يومية والقلق الذي يعيشه المتزوج أو الأعزب أو المطلق ثم من خلال مثير واقعي في البيئة الخارجية ويدركه الآن على نحو مهدد . فالمتزوج والمطلق والأعزب لكل واحد منهما الحياة الخاصة به وما يساورها من قلق والمثير الخارجي المهدد لذواتهم متشابهة تماما.

نتائج التحقق من صحة الفرض الرابع:

نص الفرض الرابع على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(متزوج،أعزب، مطلق).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٢٥)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(متزوج،أعزب، مطلق). (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العدوان	بين المجموعات	161.122	2	80.561	2.885	0.058	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5110.534	183	27.926			
	المجموع	5271.656	185				
الاعتمادية	بين المجموعات	4.308	2	2.154	0.176	0.839	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2241.541	183	12.249			
	المجموع	2245.849	185				
التقدير السلبي للذات	بين المجموعات	94.623	2	47.311	1.602	0.204	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5405.162	183	29.536			
	المجموع	5499.785	185				
عدم الكفاية	بين المجموعات	70.360	2	35.180	1.207	0.301	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5334.118	183	29.148			
	المجموع	5404.478	185				
عدم التجاوب الانفعالي	بين المجموعات	165.636	2	82.818	5.314	0.006	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	2852.026	183	15.585			
	المجموع	3017.661	185				
عدم الثبات الانفعالي	بين المجموعات	46.841	2	23.420	1.956	0.144	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2191.138	183	11.973			

	المجموع	2237.978	185				
النظرة السلبية للحياة	بين المجموعات	76.241	2	38.120	1.125	0.327	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	6198.663	183	33.872			
	المجموع	6274.903	185				
المجموع	بين المجموعات	3171.650	2	1585.825	2.832	0.061	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	102463.490	183	559.910			
	المجموع	105635.140	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية للاختبار عدا بعد عدم التجاوب الانفعالي، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير **الحالة الاجتماعية في تلك الأبعاد.**

وأن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في بعد التجاوب ، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير **الحالة الاجتماعية في هذا البعد** ولمعرفة اتجاه الفروق استخدم الباحث اختبار شيفيه البعدي والجدول التالية توضح ذلك:

جدول (٢٦)

يوضح اختبار شيفيه في عدم التجاوب الانفعالي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	**متزوج** **م= 13.083**	**أعزب** **م=15.173**	**مطلق** **م=12.500**
متزوج **م= 13.083**	–	–	–
أعزب **م=15.173**	*2.090	–	–
مطلق **م=12.500**	0.583	2.673	–

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الأعزب والمتزوج لصالح الأعزب.

يفسر الباحث هذه النتيجة بالقول إن الأعزب أقل انفعالا في مواجهة المواقف العصيبة فالواجبات قليلة و ليست كالتي عند المتزوج أو المطلق.

نتائج التحقق من صحة الفرض الخامس:

نص الفرض الخامس على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (≤∝ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (من ١-٥ أفراد ، من ٦-٩ أفراد ، أكثر من ١٠ أفراد).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحـــادي One Way ANOVA .

جدول (٢٧)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (من ١-٥ أفراد ، من ٦-٩ أفراد ، أكثر من ١٠ أفراد). (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	15.979	2	7.989	0.185	0.832	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	7916.516	183	43.260			
	المجموع	7932.495	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمـة "ف" الجدوليـة عنـد مستوى دلالة (٠,٠٥) في والدرجة الكلية لمقياس القلق، أي أنه لا توجـد فـروق ذات دلالـة إحصائية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة.

يفسر الباحث هذه النتيجة بالقول إن متغير عدد أفراد الأسرة لم يلعب دورا فـي نـسبة القلق لدى الأطباء فالطبيب يعاني أصلا من القلق بغض النظر عن عدد أفراد الأسرة.

نتائج التحقق من صحة الفرض السادس:

نص الفرض السادس على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالـــة (≥∝ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (من ١–٥ أفراد ، مـــن ٦–٩ أفراد ، أكثر من ١٠ أفراد).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحـــادي One Way ANOVA .

جدول (٢٨)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة (من ١–٥ أفراد ، من ٦–٩ أفراد ، أكثر من ١٠ أفراد). (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العدوان	بين المجموعات	362.116	2	181.058	6.749	0.001	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	4909.540	183	26.828			
	المجموع	5271.656	185				
الاعتمادية	بين المجموعات	20.263	2	10.131	0.833	0.436	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2225.587	183	12.162			
	المجموع	2245.849	185				
التقدير السلبي للذات	بين المجموعات	30.072	2	15.036	0.503	0.606	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5469.713	183	29.889			
	المجموع	5499.785	185				
عدم الكفاية	بين المجموعات	86.743	2	43.371	1.493	0.228	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5317.736	183	29.059			
	المجموع	5404.478	185				
عدم التجاوب الانفعالي	بين المجموعات	23.462	2	11.731	0.717	0.490	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	2994.200	183	16.362			
	المجموع	3017.661	185				
عدم الثبات الانفعالي	بين المجموعات	6.382	2	3.191	0.262	0.770	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2231.597	183	12.195			

	المجموع	2237.978	185				
النظرة السلبية للحياة	بين المجموعات	50.242	2	25.121	0.739	0.479	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	6224.661	183	34.015			
	المجموع	6274.903	185				
المجموع	بين المجموعات	1272.262	2	636.131	1.115	0.330	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	104362.877	183	570.289			
	المجموع	105635.140	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية عدا بعد العدوان ، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة

وأن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في بعد العدوان ، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة ولمعرفة اتجاه الفروق استخدم الباحث اختبار شيفه البعدي والجدول التالية توضح ذلك:

جدول (٢٩)

يوضح اختبار شيفيه في العدوان تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة

أفراد الأسرة	**من ١-٥ أفراد م=16.653**	**من ٦-١٠ أفراد م=17.119**	**أكثر من ١٠ أفراد م= 20.958**
من ١-٥ أفراد م=16.653	–	–	–
من ٦-١٠ أفراد م=17.119	0.467	–	–
أكثر من ١٠ أفراد م= 20.958	*4.306	*3.839	–

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الأفراد من ١-٥ أفراد وبين أكثر من ١٠ أفراد لصالح أكثر من ١٠ أفراد، وبين الأفراد من ٦-١٠ أفراد وبين أكثر من ١٠ أفراد لصالح أكثر من ١٠ أفراد.

يفسر الباحث هذه النتيجة بالقول إنه و مع ازدياد عدد أفراد الأسرة فإن الواجبات تزداد و لعل هذه الفئة تستخدم وسيلة الدفاع النفسية المسماة بالإزاحة، أي أنهم يعبرون عن امتعاضهم

و شدة تحملهم للمسئولية عن طريق العدوان – كوسيلة دفاع نفسية هي العـــدوان كمـــا أســـلف الباحث.

و هذا يتفق مع دراسة (الأنصاري) ١٩٩٩، حيث أوضحت الدراسة وجود فروق جوهرية فـــي العدوان بين مدخني السجائر و عدم مدخنيها .

نتائج التحقق من صحة الفرض السابع:

نص الفرض السابع على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (≤∝ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير المؤهل العلمي(بكالوريوس، ماجستير ، دكتوراه).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٣٠)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المؤهل العلمي(بكالوريوس، ماجستير ، دكتوراه). (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	4.573	2	2.287	0.053	0.949	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	7927.921	183	43.322			
	المجموع	7932.495	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في والدرجة الكلية لمقياس القلق، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير **المؤهل العلمي.**

يرى الباحث أن الأطباء جميعاً يعانون من نفس أسباب القلق وأن المثير الخارجي متشابه لديهم جميعاً . والطبيب الحاصل على الدكتوراه أو الماجستير أو البكالوريوس قد تساووا جميعاً في نسبة القلق لذلك فمنهم جميعاً في حالة دائمة من القلق تؤدي إلى الشعور بالتوتر وعدم القدرة وصعوبة الاسترخاء واستحالة التركيز وبالتالي فإنهم يجدون في التدخين ملاذاً للتخلص من المثير .

نتائج التحقق من صحة الفرض الثامن:

نص الفرض الثامن على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≥ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير المؤهل العلمي(بكالوريوس، ماجستير ، دكتوراه).** وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٣١)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير المؤهل العلمي(بكالوريوس، ماجستير ، دكتوراه). (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العدوان	بين المجموعات	455.108	2	227.554	8.646	0.000	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	4816.547	183	26.320			
	المجموع	5271.656	185				
الاعتمادية	بين المجموعات	53.412	2	26.706	2.229	0.111	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2192.437	183	11.981			
	المجموع	2245.849	185				
التقدير السلبي للذات	بين المجموعات	40.494	2	20.247	0.679	0.509	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5459.291	183	29.832			
	المجموع	5499.785	185				
عدم الكفاية	بين المجموعات	37.181	2	18.590	0.634	0.532	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5367.298	183	29.329			
	المجموع	5404.478	185				
عدم التجاوب الانفعالي	بين المجموعات	83.131	2	41.565	2.592	0.078	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2934.531	183	16.036			
	المجموع	3017.661	185				
عدم الثبات الانفعالي	بين المجموعات	25.970	2	12.985	1.074	0.344	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2212.008	183	12.087			
	المجموع	2237.978	185				

النظرة السلبية للحياة	بين المجموعات	23.779	2	11.890	0.348	0.707	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	6251.124	183	34.159			
	المجموع	6274.903	185				
المجموع	بين المجموعات	611.262	2	305.631	0.533	0.588	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	105023.878	183	573.901			
	المجموع	105635.140	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية للاختبار عدا بعد العدوان ، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المؤهل العلمي في تلك الأبعاد.

وأن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في بعد العدوان ، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المؤهل العلمي في هذا البعد ولمعرفة اتجاه الفروق استخدم الباحث اختبار شيفه البعدي والجدول التالية توضح ذلك:

جدول (٣٢)

يوضح اختبار شيفيه في العدوان تعزى لمتغير المؤهل

المؤهل	**بكالوريوس م= 17.243**	**ماجستير م=16.535**	**دكتوراه فأكثر م=25.143**
بكالوريوس م= 17.243	–	–	–
ماجستير م=16.535	0.708	–	–
دكتوراه فأكثر م=25.143	7.900*	8.608*	–

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين البكالوريوس والدكتوراه فأكثر لصالح الدكتوراه فأكثر، وبين الماجستير والدكتوراه فأكثر لصالح الدكتوراه فأكثر.

يفسر الباحث ذلك بأنه الدور الملقى على الطبيب الحاصل على الدكتوراه يميزه عن باقي الأطباء (الماجستير البكالوريوس) حيث أن هذا الدور مرتبط مباشرة بشخصيته المرتبطة بحجم التهديد أو الخطر المتضمن الذي يلعبه في مؤسسته . فالكل يعرف قطاع غزة و حجم الدور الذي يلعبه الطبيب المختص في تنفيذ القرارات الصادرة من الجهات العليا المختلفة .

نتائج التحقق من صحة الفرض التاسع:

نص الفرض التاسع على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، متطوع).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٣٣)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، متطوع). (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	291.115	3	97.038	2.311	0.078	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	7641.380	182	41.986			
	المجموع	7932.495	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٣,٨٨

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٢,٦٥

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في والدرجة الكلية لمقياس القلق، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجهة المشرفة.

و يعزو الباحث ذلك كون جميع الأطباء تنعدم لديهم الفروق في نسبة القلق، فلعل الرضى بنوعية المؤهل كطبيب سواء أعمل في مؤسسة حكومية أو تابعة لوكالة الغوث أو مؤسسة أهلية. وذلك لما للطبيب من مكانة اجتماعية مرموقة في مجتمعنا الفلسطيني ويتضح أيضاً أن الطبيب العامل بنظام الساعة و المتطوع قد تساوى مع هذه الفئة في مستوى القلق.

نتائج التحقق من صحة الفرض العاشر:

نص الفرض العاشر على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، متطوع).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٣٤)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الجهة المشرفة (وكالة ، حكومة، أهلية، متطوع). (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العدوان	بين المجموعات	124.255	3	41.418	1.464	0.226	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5147.401	182	28.282			
	المجموع	5271.656	185				
الاعتمادية	بين المجموعات	11.455	3	3.818	0.311	0.817	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2234.394	182	12.277			
	المجموع	2245.849	185				
التقدير السلبي للذات	بين المجموعات	152.572	3	50.857	1.731	0.162	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5347.213	182	29.380			
	المجموع	5499.785	185				
عدم الكفاية	بين المجموعات	280.893	3	93.631	3.326	0.021	دالة عند ٠,٠٥
	داخل المجموعات	5123.586	182	28.152			
	المجموع	5404.478	185				
عدم التجاوب الانفعالي	بين المجموعات	96.805	3	32.268	2.011	0.114	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2920.856	182	16.049			
	المجموع	3017.661	185				
عدم الثبات الانفعالي	بين المجموعات	110.446	3	36.815	3.149	0.026	دالة عند ٠,٠٥
	داخل المجموعات	2127.533	182	11.690			

	المجموع	2237.978	185				
النظرة السلبية للحياة	بين المجموعات	317.885	3	105.962	3.237	0.023	دالة عند ٠,٠٥
	داخل المجموعات	5957.018	182	32.731			
	المجموع	6274.903	185				
المجموع	بين المجموعات	5215.888	3	1738.629	3.151	0.026	دالة عند ٠,٠٥
	داخل المجموعات	100419.252	182	551.754			
	المجموع	105635.140	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٣,٨٨

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٢,٦٥

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في الأبعاد (العدوان ، والاعتمادية ، والتقدير السلبي للحياة، وعدم التجاوب الانفعالي)، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجهة المشرفة في تلك الأبعاد.

أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في الأبعاد (عدم الكفاية و عدم الثبات الانفعالي والنظرة السلبية للحياة والدرجة الكلية)، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجهة المشرفة في تلك الأبعاد ولمعرفة اتجاه الفروق استخدم الباحث اختبار شيفه البعدي والجدول التالية توضح ذلك:

جدول (٣٥)

يوضح اختبار شيفيه في عدم الكفاية تعزى لمتغير الجهة المشرفة

التبعية	**وكالة م= 16.143**	**حكومة م=19.139**	**أهلية م=20.769**	**متطوع م= 20.125**
وكالة م= 16.143	–	–	–	–
حكومة م=19.139	2.996	–	–	–
أهلية م=20.769	*4.626	1.630	–	–
متطوع م= 20.125	3.982	0.986	٠,٦٤٤	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الوكالة والأهلية لصالح الأهلية.

وهذه نتيجة طبيعية كما يراها الباحث فالعمل لدى مؤسسة أهلية لا يشعر الطبيب بالأمان و الكفاية كون أنه لا مستقبل لها ولا ادخار و لا تأمين . من هنا كانت الفروق في مستوى بعد عدم الكفاية لصالح الأطباء العاملين في المؤسسات الأهلية.

جدول (٣٦)

يوضح اختبار شيفيه في عدم الثبات الانفعالي تعزى لمتغير الجهة المشرفة

التبعية	وكالة م= 12.857	حكومة م=15.243	أهلية م=15.385	متطوع م= 15.375
وكالة م= 12.857	–	–	–	–
حكومة م=15.243	2.386*	–	–	–
أهلية م=15.385	2.527	٠,١٤١	–	–
متطوع م= 15.375	2.518	0.132	0.010	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الوكالة والحكومة لصالح الحكومة.

يعزو الباحث ذلك إلى الوضع السياسي لقطاع غزة خصوصا في الوقت الذي طبق فيه البحث على العينة حيث عانى الأطباء العاملون بالحكومة و لفترة لا تقل عن السنة من أزمة انقطاع الرواتب الأمر الذي جعل عدم الثبات الانفعالي لديهم يفوق الأطباء العاملين في الوكالة و المؤسسات الأهلية و التي لم تتأثر هذه المؤسسات بانقطاع الرواتب . كذلك فإن الدور العلاجي والداري الذي يلعبه الطبيب العامل بالمؤسسات الحكومية أكبر من دور طبيب الوكالة لذلك فإننا نرى أن الاتزان الانفعالي يميل ناحية أطباء الوكالة .

جدول (٣٧)

يوضح اختبار شيفيه في النظرة السلبية للحياة تعزى لمتغير الجهة المشرفة

التبعية	وكالة م= 18.238	حكومة م=20.574	أهلية م=22.462	متطوع م=22.875
وكالة م= 12.857	–	–	–	–
حكومة م=20.574	2.336	–	–	–
أهلية م=22.462	4.223*	1.888	–	–
متطوع م=22.875	4.637	2.301	0.413	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الوكالة والأهلية لصالح الأهلية.

وهذه نتيجة طبيعية كما يراها الباحث فالعمل لدى مؤسسة أهلية لا يشعر الطبيب بالأمان كون أنه لا مستقبل لها ولا ادخار و لا تأمين . من هنا كانت الفروق في مستوى بعـد النظـرة السلبية للحياة لصالح الأطباء العاملين في المؤسسات الأهلية.

جدول (٣٨)

يوضح اختبار شيفيه في الدرجة الكلية تعزى لمتغير الجهة المشرفة

التبعية	وكالة م= 106.048	حكومة م=119.430	أهلية م=125.308	متطوع م=124.250
وكالة م= 106.048	–	–	–	–
حكومة م=119.430	13.382	–	–	–
أهلية م=125.308	*19.260	5.878	–	–
متطوع م=124.250	18.202	4.820	1.058	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين الوكالة والأهلية لصالح الأهلية.

نتائج التحقق من صحة الفرض الحادي عشر:

نص الفرض الحادي عشر على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير الخبرة (من ١-٤ سنوات، من ٥-٨ سنوات، من ٩-١٢ سنة، أكثر من ١٢ سنة).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٣٩)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الخبرة. (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	80.065	3	26.688	0.619	0.604	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	7852.430	182	43.145			
	المجموع	7932.495	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٣,٨٨

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٣) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٢,٦٥

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في والدرجة الكلية لمقياس القلق، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الخبرة.

يرى الباحث أن متغير الخبرة لم يلعب دورا في مستوى القلق فالمدخن يصاب بالقلق سواء أعمل لسنة أو لعشرين سنة.

نتائج التحقق من صحة الفرض الثاني عشر:

نص الفرض الثاني عشر على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (≥∝ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير الخبرة (من ١–٤ سنوات، من ٥–٨ سنوات، من ٩–١٢ سنة، أكثر من ١٢ سنة).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٤٠)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير الخبرة. (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العدوان	بين المجموعات	39.642	3	13.214	0.460	0.711	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5232.014	182	28.747			
	المجموع	5271.656	185				
الاعتمادية	بين المجموعات	7.327	3	2.442	0.199	0.897	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2238.523	182	12.300			
	المجموع	2245.849	185				
التقدير السلبي للذات	بين المجموعات	62.201	3	20.734	0.694	0.557	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5437.584	182	29.877			
	المجموع	5499.785	185				
عدم الكفاية	بين المجموعات	16.625	3	5.542	0.187	0.905	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5387.854	182	29.604			
	المجموع	5404.478	185				
عدم التجاوب الانفعالي	بين المجموعات	122.357	3	40.786	2.564	0.056	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2895.305	182	15.908			
	المجموع	3017.661	185				
عدم الثبات الانفعالي	بين المجموعات	88.460	3	29.487	2.497	0.061	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2149.519	182	11.811			

	المجموع	2237.978	185				
النظرة السلبية للحياة	بين المجموعات	178.471	3	59.490	1.776	0.153	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	6096.432	182	33.497			
	المجموع	6274.903	185				
المجموع	بين المجموعات	2018.201	3	672.734	1.182	0.318	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	103616.939	182	569.324			
	المجموع	105635.140	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (٣،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٣,٨٨

ف الجدولية عند درجة حرية (٣،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٢,٦٥

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في والدرجة الكلية لمقياس السمات، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الخبرة.

يرى الباحث أن متغير الخبرة لم يلعب دورا في مستوى سمات الشخصية لدى الأطباء المدخنين . يعزو الباحث ذلك إلى أن السمات المزاجية كدرجة التأثير الانفعالي وكقوة الاستجابة أو ضعفها المكونة لشخصية الفرد تتوقف على عاملي الوراثة والجهازين العصبي والغددي لذلك فهي لا تحتاج إلى تعليم خاص أو تدريب.

نتائج التحقق من صحة الفرض الثالث عشر:

نص الفرض الثالث عشر على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝≤ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير سنوات التدخين (من ١-١٠ سنوات،من ١١-٢٠ سنة، أكثر من ٢٠ سنة).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٤١)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير سنوات التدخين (من ١-١٠ سنوات ، من ١١-٢٠ سنة، اكثر من ٢٠ سنة) (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	94.860	2	47.430	1.107	0.333	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	7837.634	183	42.829			
	المجموع	7932.495	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في والدرجة الكلية لمقياس القلق، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير سنوات التدخين.

يرى الباحث أن متغير سنوات التدخين لم يلعب دورا في مستوى القلق لدى الأطباء المدخنين . يرجع الباحث ذلك إلى أن التدخين أصبح بالنسبة لهؤلاء المدخنين سمة ملازمة بغض النظر عن سنوات التدخين .

نتائج التحقق من صحة الفرض الرابع عشر:

نص الفرض الرابع عشر على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (≤∝ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير سنوات التدخين (من ١-١٠ سنوات،من ١١-٢٠ سنة، أكثر من ٢٠ سنة).**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٤٢)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير سنوات التدخين (من ١-١٠ سنوات ، من ١١-٢٠ سنة، أكثر من ٢٠ سنة) (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العدوان	بين المجموعات	60.400	2	30.200	1.061	0.348	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5211.256	183	28.477			
	المجموع	5271.656	185				
الاعتمادية	بين المجموعات	11.270	2	5.635	0.461	0.631	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2234.580	183	12.211			
	المجموع	2245.849	185				
التقدير السلبي للذات	بين المجموعات	74.789	2	37.394	1.261	0.286	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5424.996	183	29.645			
	المجموع	5499.785	185				
عدم الكفاية	بين المجموعات	55.436	2	27.718	0.948	0.389	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5349.043	183	29.230			
	المجموع	5404.478	185				
عدم التجاوب الانفعالي	بين المجموعات	45.705	2	22.853	1.407	0.247	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2971.956	183	16.240			
	المجموع	3017.661	185				
عدم الثبات الانفعالي	بين المجموعات	48.689	2	24.345	2.035	0.134	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2189.289	183	11.963			

	المجموع	2237.978	185				
النظرة السلبية للحياة	بين المجموعات	271.978	2	135.989	4.146	0.017	دالة عند ٠,٠١
	داخل المجموعات	6002.925	183	32.803			
	المجموع	6274.903	185				
المجموع	بين المجموعات	2898.554	2	1449.277	2.582	0.078	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	102736.586	183	561.402			
	المجموع	105635.140	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٨٥) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس القلق عدا بعد النظرة السلبية للحياة ، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير سنوات التدخين.

يرى الباحث أن متغير عدد سنوات التدخين قد لعب دورا في النظرة السلبية للحياة لدى الأطباء المدخنين لصالح من ١-١٠ سنوات و لعل سنوات التدخين الطويلة قد صنعت لدى الطبيب المدخن ميكانزمات التأقلم مع متاعب الحياة الأمر الذي جعل الفروق لصالح من ١-١٠ سنوات .

نتائج التحقق من صحة الفرض الخامس عشر:

نص الفرض الخامس عشر على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (≤∝ ٠,٠٥) في مستوى القلق تعزى لمتغير عدد السجائر (من ١-١٠ سجائر ، من ١١-٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة)**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٤٣)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد السجائر (من ١-١٠ سجائر ، من ١١-٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة) (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات	95.393	2	47.697	1.114	0.331	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	7837.101	183	42.826			
	المجموع	7932.495	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في الدرجة الكلية لمقياس القلق ، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد السجائر.

يرى الباحث أن متغير عدد السجائر لم يلعب دورا في مستوى القلق لدى الأطباء المدخنين . و هذه نتيجة مفاجئة حقيقة كما يراها الباحث فالمتوقع أنه كلما زاد عدد السجائر المدخنة يوميا زادت نسبة القلق و ذلك قد يرجع للتأثيرات الفسيولوجية لمادة النيكوتين و مواد أخرى تحويها السيجارة . **و هذه النتيجة لا تتوافق مع دراسة (٢٠٠١ Jeffrey G. Johnson,)** و القائلة بان الذين يدخنون علبة سجائر (٢٠سيجارة) يوميا تزداد إمكانية إصابتهم باضطرابات القلق مثل نوبات الهلع، رهاب الأماكن المتسعة، و اضطراب القلق العام.

نتائج التحقق من صحة الفرض السادس عشر:

نص الفرض السادس عشر على أنه" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (≥∝ ٠,٠٥) في مستوى سمات الشخصية تعزى لمتغير عدد السجائر (من ١-١٠ سجائر ، من ١١-٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة)**

وللتحقق من صحة هذا من الفرض قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (٤٤)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد السجائر (من ١-١٠ سجائر ، من ١١-٢٠ سيجارة، أكثر من ٢٠ سيجارة) (ن =١٨٦)

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
العدوان	بين المجموعات	2.483	2	1.242	0.043	0.958	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5269.173	183	28.793			
	المجموع	5271.656	185				
الاعتمادية	بين المجموعات	76.841	2	38.420	3.242	0.041	دالة عند ٠,٠٥
	داخل المجموعات	2169.009	183	11.853			
	المجموع	2245.849	185				
التقدير السلبي للذات	بين المجموعات	39.935	2	19.968	0.669	0.513	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5459.850	183	29.835			
	المجموع	5499.785	185				
عدم الكفاية	بين المجموعات	93.960	2	46.980	1.619	0.201	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	5310.518	183	29.019			
	المجموع	5404.478	185				
عدم التجاوب الانفعالي	بين المجموعات	66.360	2	33.180	2.057	0.131	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	2951.301	183	16.127			
	المجموع	3017.661	185				
عدم الثبات الانفعالي	بين المجموعات	13.100	2	6.550	0.539	0.584	غير دالة إحصائيا
	داخل	2224.878	183	12.158			

	المجموعات					
	المجموع	2237.978	185			
النظرة السلبية للحياة	بين المجموعات	123.866	2	61.933	1.843	0.161	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	6151.037	183	33.612			
	المجموع	6274.903	185				
المجموع	بين المجموعات	946.097	2	473.049	0.827	0.439	غير دالة إحصائيا
	داخل المجموعات	104689.042	183	572.071			
	المجموع	105635.140	185				

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٤,٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (١٨٥،٢) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) = ٣,٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس السمات عدا بعد الاعتمادية، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد السجائر.

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في بعد الاعتماد ، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد السجائر ولمعرفة اتجاه الفروق استخدم الباحث اختبار شيفه البعدي والجدول التالية توضح ذلك:

جدول (٤٥)

يوضح اختبار شيفيه في الاعتمادية تعزى لمتغير عدد السجائر

	من ١-١٠ سجائر م=15.458	**من ١١-٢٠ سجائر م=14.550**	**من ٢٠ سيجارة فأكثر م=16.132**
من ١-١٠ سجائر م=15.458	–	–	–
من ١١-٢٠ سجائر م=14.550	0.908	–	–
من ٢٠ سيجارة فأكثر م=16.132	0.673	*1.582	–

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين من ١١-٢٠ سيجارة وبين أكثر من ٢٠ سيجارة لصالح أكثر من ٢٠ سيجارة.

يرى الباحث أن متغير عدد السجائر قد لعب دورا في بعد الاعتمادية لدى الأطباء المدخنين لصالح أكثر من ٢٠ سيجارة و لعل عدد السجائر المدخنة قد صنعت لدى الطبيب

الاعتمادية كونه ينفق الكثير من ماله على التدخين . وتوافقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Jacobs& Spielberger) (2003) ومع دراسة (Johnson ,2001) .

تفسير عام لنتائج الدراسة

كشفت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى القلق لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة احتل على وزن نسبي (٧١,٧٢%) وهي نسبة ليست بالقليلة ومؤشر خطر عند هذه الشريحة من المجتمع التي يجب أن تتمتع بقدر عالٍ من التوازن الانفعالي حتى تقوم بدورها على أكمل وجه . وأظهرت الدراسة أن بعدي الاعتمادية وعدم الثبات الانفعالي هما أبرز سمات الشخصية لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة ويرجح الباحث ذلك للوضع السياسي الذي يعيشه الطبيب المدخن والمؤثرات البيئية الخارجية التي تؤثر على حياته الخاصة حيث أنه إنساناً فلسطينياً يتأثر بما يتأثر به الفلسطينيون فيفرح لفرحهم ويحزن لحزنهم . وأكدت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى القلق ومستوى سمات الشخصية تعزى للحالة الاجتماعية أو أفراد الأسرة ولكن أظهرت الدراسة انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد العدوان تعزى للمؤهل العلمي للحاصل على الدكتوراه . يفسر الباحث ذلك بأن الدور الملقى على الطبيب الموظف الحاصل على الدكتوراه مرتبط مباشرة بشخصيته المرتبطة بحجم التهديد أو الخطر المتضمن للدور الذي يلعبه في مؤسسته فنجد في قطاع غزة أن الطبيب المسئول كان يجب عليه أن يلتزم بقرارات حكومة رام الله وإلا لن يتلقى راتبه آخر الشهر وهذا كان يزيد من الطين بلة فكان الطبيب المسئول يلتزم بساعات دوام محدودة مما يزيد من حجم الدور الذي يلعبه ويظهر ذلك في ما أكدته الدراسة أن طبيب الوكالة المدخن يتمتع بتوازن انفعالي أكثر من الطبيب المدخن في المؤسسات الحكومية

كشفت الدراسة الحالية أن الأطباء المدخنين لديهم نسبة عالية من القلق وقد توافقت هذه النتيجة مع دراسة Selpielberger (٢٠٠٣) و Jeffrey(٢٠٠١) ودراسة Bersslaw (٢٠٠٢) ودراسة Selebis (٢٠٠٣) ، لكن دراسة B Erdur (٢٠٠٤) تفيد بأن نسبة القلق لدى الأطباء أقل بكثير و هي ٢٨% و هي تمثل حوالي ثلث النسبة المستنتجة من دراسة الباحث.

التوصيات والمقترحات

أولاً: التوصيات:

لقد تبين بما لا يدع مجالا للشك أن التدخين أصبح من الأمراض الخطيرة التي ينظر إليها العالم نظرة خوف وريبة خاصة إذا ما اقترن بشريحة النشء والشباب ومن هذا المنطلق فإن دول العالم تتسابق الآن بدراسة هذا الموضوع ووضع الخطط الكفيلة بالتصدي له وملاحقته، لذلك كان من الواجب أن ننظر إلى ظاهرة التدخين بين النشء نظرة جدية تحددها الإرادة القوية والعزيمة المخلصة لمكافحة هذا المرض الاجتماعي الخطير على أن تكون معالجتنا لهذا الموضوع معالجة موضوعية تستند إلى أسس علمية أملا في التوصل إلى نتائج إيجابية . لذلك فإن الباحث يقترح أن يتعاون المسئولون في المؤسسات الصحية و الجامعات وغيرها من المؤسسات المعنية في إعداد البرامج والمواد ذات العلاقة بالتصدي للمشكلة وذلك وفق خطة مبرمجة تنطلق من النتائج العامة لهذه الدراسة .

وفي ضوء النتائج وتفسيرها يوصي الباحث بما يلي:

١. أن تكون المواجهة شاملة تشترك فيها كافة المؤسسات المعنية، على أن تبدأ هذه المواجهة في إقامة مؤتمر أو ندوة تحتضن تلك المؤسسات و أن تبدأ خطة المواجهة الشاملة بتنفيذ بتوصيات المؤتمر .

٢. ضرورة الربط بين مشكلة التدخين والمخدرات في إطار هذه المواجهة حيث أن ذلك يؤدي إلى زيادة فعالية وأثر هذه الجهود إذا تمت جنبا إلى جنب دون انفصال بمعنى أن التصدي لظاهرة التدخين قد تمنع تفشي ظاهرة المخدرات التي ربما تكون ناتجة عن الأولى .

٣. أن تزيد الدولة من اهتمامها بوباء التدخين و استخدام الإعلام كوسيلة لمحاربة هذه الآفة .

٤. أن تمنع الدولة و لو بالقوة التدخين في المرافق العامة و الحدائق و المتنزهات.

٥. أن تعاقب وزارة الصحة كل طبيب يقوم بالتدخين داخل أقسام المستشفى، و ذلك عن طريق تأجيل العلاوات و خصم نسبة من الراتب.

٦. ينبغي توفير تدريب خاص للأشخاص المؤهلين أكثر من غيرهم لنشر المعلومات ، بحيث يصبح من الممكن الوصول حتى إلى أقل الناس احتمالا في الاستجابة إلى طرائق التربية الصحية التقليدية و سبل الوقاية من التدخين .

٧. ينبغي أن تتعاون السلطات الصحية مع السلطات التعليمية في إعداد المناهج و مواد التدريس المتصلة بأخطار التدخين الصحية باعتبارها جزءا من برامج التربية الصحية في المدارس و معاهد إعداد المعلمين و الجامعات و المؤسسات التعليمية الأخرى .

٨. أن يهتم المربون والمرشدون النفسيون بمشاكل الطلاب وحلها بطرق سليمة – كوقاية- حتى لا يقعوا في أزمات وضغوط فوق درجة تحملهم تجعلهم يلجئون للتدخين كوسيلة للهروب من مشاكلهم.

٩. ينبغي تضمين التعليم المتصل بأخطار التدخين باعتباره جزءا أساسيا في برامج الصحة المهنية في المصانع و أماكن العمل الأخرى بالتعاون مع وزارات العمل .

١٠. ينبغي أن تؤكد برامج الإعلام الجماهيري على حقوق غير المدخنين ، ولاسيما الأطفال و الحوامل من النساء لحمايتهم من التعرض رغم إرادتهم لدخان التبغ .

١١. أن يقوم الآباء والأمهات بالاهتمام بالمراهقين وإعطاءهم القدر الكاف من الاهتمام والمساندة حتى يتمكنوا من التغلب على مشاكلهم النفسية و معرفة الأسباب التي دفعتهم للجوء إلى السيجارة.

١٢. أن تقوم المستشفيات و مراكز الرعاية الأولية بالاستفادة من هذه الدراسة في معرفة أهم أسباب التدخين لدى الأطباء ومحاولة العمل على علاجها بطرق علمية سليمة.

١٣. تكثيف برامج التوعية للأهل حول مشاكل المراهقة والضغوط التي يتعرض لها المراهقين ليتسنى لهم التعامل مع هذه الضغوط بطريقة سليمة و ممنهجة.

١٤. أن يشكل النساء – و هن الفئة التي تتعرض للتدخين السلبي- أن يشكل لوبي ضاغط للمطالبة بأن تشكل الإجراءات المضادة للتدخين بحيث تكون جزءا من البرامج الطبية و برامج الرعاية الصحية برمتها، و أن يشاركوا مشاركة فعالة في أنشطة التربية الصحية و أن يعربوا عن التأييد للسياسات و البرامج المتصلة بمكافحة التدخين و الوقاية منه.

مقترحات الدراسة

١. إجراء بحث مسحي ميداني لمعرفة حجم مشكلة التدخين و شدتها في قطاع غزة بشكل عام.
٢. إجراء بحث مسحي ميداني لمعرفة حجم مشكلة التدخين لدى الأطباء بشكل خاص في جميع المراكز الصحية في قطاع غزة.
٣. دراسة بعنوان أسباب التدخين لدى الشباب المراهق في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات.
٤. دراسة بعنوان التدخين و علاقته بمستوى الأداء الوظيفي لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة .
٥. إجراء دراسة بعنوان برنامج علاجي مقترح للإقلاع عن التدخين.

٦. إجراء دراسة بعنوان برنامج مقترح للدعم النفسي الاجتماعي لطلاب المرحلة الثانويـــة، و ذلك كطريقة وقاية من آفة التدخين .

٧. إجراء دراسة بعنوان دور المساندة الاجتماعية للتخفيف مــشكلة التــدخين لــدى الــشباب المراهق.

٨. إجراء دراسة بعنوان برنامج مقترح للتخفيف من مستوى القلق النفسي للأطباء المدخنين.

المراجع

- المراجع العربية.
- المراجع الأجنبية.

المراجـــــع

أولاً: القرآن الكريم

ثانياً: المراجع العربية

-أبو طويـــــلة، حسن علـــي (٢٠٠٠): **التدخين وباء القرن العشرين**، فلــسطين، غــزة : الجامعة الإسلامية.

-أبو مصطفى، نظمي عـــــودة (١٩٩٨): دراسة مقارنة السمات الشخصية لدى أبناء البدو و الحضر في البيئة الفلسطينية، **مجلة مستقبل التربية العربية**، القاهرة.

-أحمـد ، سهيـــر كامـــل (٢٠٠٣): **سيكولوجية الشخصية**، مــصر،الإسكندرية: مركــز الإسكندرية للكتاب .

-أحمد، نبيل محمد صـــــادق (٢٠٠٣): موقف الشريعة الإسلامية من النظريات النفــسية و الاجتماعية و التكاملية المفسرة لأعراف الأحـداث، معالجــة الشريعة الإسلامية لمشاكل انحراف الأحداث، **المركز العربي للدراسات الأمنية و التدريب، الرياض .**

-أرنـــاؤوط، محمد السيـــد (١٩٩٨): **التدخين بين الطب و القــرآن و الــسنة**، مــصر، القاهرة: دار التوزيع و النشر الإسلامية.

-الأغــــــا، إحســـان (٢٠٠٢): **البحث التربــوي-عناصــره- مناهجــه- أدواتــه**، فلسطين، غزة: الجامعة الإسلامية .

ـــــــــــــــــ (١٩٩٧): **تصميم البحث التربوي**، مطبعــة الرنتيــسي، غــزة، فلسطين.

-البـــار، محمـــد عـلى (١٩٨٠): **التدخين و أثره على الصحة**، السعودية، جدة: الـدار السعودية للنشر و التوزيع.

- البـــــعلبكي، منيـر (١٩٩٢) : المنجد في اللغة و الأعلام ،الطبعة الثالثة ، لبنـان، بيروت، دار المشرق

-الأشـــول، عـــــادل (١٩٧٨): **سيكولوجية الشخصية**، مصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

-الأنصـــاري ، بدر مـحمد (١٩٩٩): **الفروق بين مدخني السجائر وغير مـدخنيها مـن طلبة جامعة الكويت في بعض سمات الشخـصية** . رسـالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الكويت، الكويت .

-الزهّـــار ، محمــــود (١٩٨٧): **التدخين في قطاع غزة ويلاته و مآسـيه**، فلـسطين، غزة: الجامعة الإسلامية.

- المـــــغراوي، زهـرة (٢٠٠٤):**العلاقة بين المهنة وبعض سـمات الشخـصية لـدى الأطباء والمدرسين بشعبية مصراته** . رسـالة ماجـستير غيـر منشورة،جامعة ٧ أكتوبر، مصراتة، ليبيا

-بن باز، عبد العزيز عبد الله (١٩٩٦): **مجموع فتاوى و مقالات متنوعة**، السعودية، الرياض: الإدارة العامة للطبع و الترجمة.

-بن تيمية، تقي الدين أحـمد (٢٠٠٢): **مكارم الأخلاق** ، بيروت ، صيدا: المكتبـة العـصرية للطباعة و النشر

- حبيب، مجدي عبد الكريم (١٩٩٦): **التقويم و القياس في التربية و علم الـنفس**، مكتبـة النهضة المصرية، القاهرة، مصر .

- جابر، عبد الحـميد جابر (١٩٩٠) :نظريات الشخصية- البناء- الديناميات- النمو- طرق البحث- التقويم ، دار النهضة العربية، القاهرة.

- جعفـــــر، حســـــان (٢٠٠٢): المخدرات و التدخين و مضارهما، لبنان، بيــروت: دار الحرف العربي للطباعة و النشر و التوزيع.

- الجمعية الخيرية لمكافحة التدخين (٢٠٠٥) .

-حجازي، عائشة بنت علي (١٤٢٣هـ): فروق أعــراض القلــق و الاكتئــاب و المخــاوف المرضية لدى الأطفــال (٦-١٢) ســنة و المــصابين بــبعض الأمراض النفسية ، **رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود** .

- حفنـــــــي، قـــدري (١٩٨٠): **القياس النفسي**، جي جي لطباعــة الأوفــست، مكتبــة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- الحـــــــكيم، إبراهيم (٢٠٠٤): **SPSS - المرجع في تحليل البيانات**، شعاع للنــشر والإعلام، حلب، سورية.

- خوري، كـــوما جورج (١٩٩٦) : **الشخصية مفهومها، ســلوكها، و علاقتهــا بــالتعلم**، بيروت- الحمراء: الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع، ط١.

-الدنشاري،عزالدين و زملاؤه (١٩٨٧):**التدخين دراسة علمية هادفة** ، السعودية، الريــاض : دار المريخ للنشر.

- ديـــــــاب، ســـهيل (٢٠٠٣): **مناهج البحث العلمي: أدواته وأساليبه**، مكتبة آفــاق، غزة، فلسطين.

- رومـــــــــر ، روث (١٩٨٢): **الإجراءات التشريعية لمكافحة وباء التدخين في العالم** ، الولايات المتحدة الأمريكية : جامعة كاليفورنيا .

- ربيع، عطـــا الله و غيره (١٩٩٧): **الصحة العامة و حماية البيئــة** ، الأردن، عمــان : جامعة القدس المفتوحة.

- زهـــــــــران ، حامــد (١٩٩٧): **الصحة النفسية و العلاج النفسي**، الطبعــة الثانيــة ، القاهرة ، دار عالم الكتب .

-عبد الحميد، علي حســن (١٩٨٤): **حكم الدين في اللحية و التدخين**،الأردن، عمان: المكتبة الإسلامية .

-عبد الخالق، أحمد محــمد (١٩٨٣): **الأبعاد السياسية للشخصية**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

-عكـــــاشة، أحـــــمد (١٩٩٨): **الطب النفسي المعاصـــر**، مصر، القــاهرة : مكتبــة الأنجلو المصرية.

- ـــــــــــــــ (٢٠٠٣): **الطب النفسي المعاصر**، مــصر، القــاهرة : مكتبــة الأنجلو المصرية.

-العيسوي، عبد الرحمن محمد (٢٠٠٢): **سيكولوجية الشخصية** ، مصر ، الإسكندرية :منــشأة المعارف بالإسكندرية

-الغباشـــــــي، شـــعيب (١٩٩٣): **السيجارة مقبرة المدخنين** ، مــصر، القــاهرة : دار الفضيلة للنشر و التوزيع و التصدير.

-غنيــــم ، سيد مــــحمد (١٩٧٢) : **سيكولوجية الشخصية، محوراتها، قياسها، نظرياتها،** القاهرة، دار النهضة .... سيكولوجية الشخصية

-الســـــــاعاتي ، بــهيجة (١٤٢٠هــ): العلاقة بين الضغوط الوالدية كما تدركها الأمهات العاملات و غير العاملات و سمتي القلق و الاكتئــاب عنــد

الأطفال ، **رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود .**

- سمـــــــــــور عــــــــــايش (٢٠٠٦) : **الأمراض النفسية أسباب و تشخيص و عــلاج،** فلسطين، غزة، دار المقداد للطباعة .

- الطـــــهراوي، جميل حسن (١٩٩٧): سمات الشخصية و علاقتها ببعض الأساليب المعرفية لدى الطلاب المتفوقين و المتأخرين أكاديميا فــي الجامعــة الإسلامية بغزة، **رسالة ماجستير مقدمة لقسم علم الــنفس بكلية التربية، الجامعة الإسلامية**، غزة .

-فــــــــــــرج، صـــــــفوت (٢٠٠٠): **علم النفس الإكلينيكي للراشدين**، مصر، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

-فهمـــــــــــــي، مــــــصطفى (١٩٧٦): **الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكييف**، القاهرة، مكتبة الخانجي .

-لافــــــــــــي، مــــــحمد (٢٠٠٢): **التبغ – التدخين- التمباك – السيجار و آثاره على الفرد و المجتمع و حكم الإسلام فيه**، فلسطين ، غزة.

- محــــــــــرم، مـــــصطفى (١٩٩١): **التدخين و أثره في الجسم و العقل..و طريقه إبطاله**، مصر، القاهرة: مكتبة وهبة.

-مجمــــــع اللغة العــربية (١٤٠٦هــ): **المعجم الوسيط**، إدارة إحياء التــراث الإســلامي، قطر.

- منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (٢٠٠٥).

-منســــــــــي، حـــــسن (١٩٨٨): **الصحة النفسية** ، دارة الكندي للنشر و التوزيع .

-موسى، جمال الدين مــحمد (١٩٩٣): **الإنسان و التدخين**، مصر، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .

-نقابة الأطــباء المـــــصرية (٢٠٠٥) .

- هول ، ك لنــــــــــدزي ج (١٩٦٩): **نظريات الشخصية** .ترجمة فرج أحمد فرج ، القاهرة : دار الفكر العربي .

-يـــــــس، رمـــــــزي (١٩٧٠): **التدخين كارثة عصرية**، مــصر، القــاهرة : الهيئــة المصرية العامة للكتاب.

ثانيا : المراجع الأجنبية :

- **Ahman**, **J.Stanley and Glock**, **Marvin** :(1975) **Evaluating pupil Growth**. Allyn and Bacon, Inc, Boston. P 287.P.321**.**

- **Erdur B (2004)** "A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey"**. Emergency Medicine Journal** P.43

- **Brook, J.S. (2000)** The association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood . **Journal of the American Medical Association .** P 24

- **Sarkar D & R Dhand (1999) Indian journal of chest diseases .** P 12

- **Edward Edelson (2000) . Action on Smoking and Health. A National Legal-Action Antismoking Organization** .

- **Harold , I Kaplan (1991)** . **Synopsis of psychiatry** , 6^{th} e .

- **Jhon Karlile (2005)"** Effect of smoking on funcioning among sample of employees**"Jornal of manpower agencies Deyook university- South Carolina .**P 15

- **Jeffrey G. Johnson** (2001) Smoking May Increase Risk of Anxiety Disorders Young Smokers. **The Journal of the American Medical Association** . P 130 – 131.

- **Klaif Beats (2006) " Smoking and relation of developing heart stroke" American journal of cardiology** Masachustes university of America **.** P31

- **Leslie K. Jacobsen (2005) "** Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers" **Health science journal.** P 17

- **Marten Brins (2002)"** Effects of smoking on cognition " **College of psychiatry UK London British medical journal.** P 20

- **Mc Adams, Dan P (1990)** : **The person: An introduction to personality psychology**, Harcourti, Brace Jovanavich inc.

- **Mike T. (2001)** Smoking and suicide **:** American Mechighan university **. Health science journal.** P 22

- **Miscehel, Walter** (1981): **Introduction to personality**, 3[ed] edition, USA: Saundres college publishing.

- **Moray Metellman (2006) " Smoking and it's relation of risk developing heart stroke"** Deconize medical centre – Boston

- **Caplan R P (1994) :"** Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers". **BMJ Journal**. P53

- **Ralf Dolfeeno (2002) : "** Reasons of smoking among males and females smokers **"University of California**

- **Sair Richard (2006) :"** Correlation between smoking and lung cancer and smoker's age among physicians" **British medical journal.** P 39

- **Ser Richard Dole (1999) "**Effects of smoked cigarettes number on age **" British medical journal.** P 16

- **Shaffer, David R**. (1988) **Social and personality development**.

- **Spielberger**, **G A Jacobs** (2003) Personality and smoking behavior. **Journal of Personality Assessment**. P 22

- **Selebis T & Athanassios** (2003) **Smoking Related to Anxiety and Depression in Greek Medical**

Staff PSYCHOLOGICAL REPORTS , California: Books-Cole publishing co

- **Ohida T & M Minowa (2002)** Study the smoking behavior of medical doctors in Fukui, Japan and their antismoking measures. **journal of epidemiology**. P 40

- **Tomson T & H Helgason (2003) ..** Knowledge, attitudes and smoking behavior among Lao doctors**. South east journal of tropic medicine and public health.** P11

- **Terry Lak (2003) "** Relationship between smoking and age" **Journal of statistics.** P30

- **Tierney ,McPhee** (1996). **Current Medical Diagnosis & Treatment**. Randfold inc ,London

- **Wortman, Camille B.& Loftus**, **Elizabeth F** (1992): **Psychology**, 4th edition, Mc Grow-Hill, inc.

- **Waalkens H J & Cohen Schotanus (1989)**. Smoking habits in medical students and physicians in Gronin, Netherlands . **European respiratory journal**. P28

- **Yaacob & Z abdullah (1991) Smoking habits and attitudes among doctors in a Malaysian hospital .** ***SOUTH EAST ASIAN JOURNAL OF TROPICAL MEDICINE AND PUBLIC HEALTH.*** P 55

- **Yale University School of Medicine (1998) Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers.** A Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, Department of Psychiatry, , New Haven ,Connecticut

الملاحـــق

ملحق رقم (١)

رسالة تحكيم المقاييس (الاستبانة في صورتها الأولية)

الجامعة الإسلامية

الدراســات العليا

كلية التـــربية

قسم علم النفس

بسم الله الرحـــمن الرحيم

السيد/-- حفظه الله،،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

<u>الموضوع: تحكيم مقياس</u>

يقوم الباحث بإجراء دراسة لنيل درجة الماجستير من قسم علم النفس بكلية التربيـة بالجامعـة الإسلامية بعنوان "**التدخين و علاقته بمستوى القلق و بعـض سـمات الشخـصية للأطبـاء المدخنين**" وقد استدعى ذالك قيام الباحث باستخدام **مقياسي القلق الـصريح و مقيـاس تقـدير الشخصية**".

وبناء على ما تقدم يرجو الباحث من سيادتكم من خلال خبرتكم إبداء أرائكم النيرة حول النقـاط التالية:

١- مدى انتماء كل فقرة من الفقرات.

٢- وضوح الفقرات وقوة صياغتها مع إجراء التعديل اللازمة المقترحة.

٣- إبداء ملاحظاتكم واقتراحاتكم العامة على المقاييس.

نشكركم على حسن تعاونكم

الباحـــــــــــث

يوسف مصطفى عوض الله

بسم الله الرحمن الرحيم

الزميل الطبيب الكريم :

السلام عليكم و رحمة الله و بركاته

يقوم الباحث : يوسف مصطفى عوض الله بإجراء دراسة ميدانية بعنوان " التدخين و أثره على مستوى القلق و بعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة " و ذلك للحصول على درجة الماجستير تخصص " صحة نفسية " من كلية التربية بالجامعة الإسلامية .

نرجو منكم التعاون معنا لإنجاح هذه الدراسة و التي سوف يكون مردودها لصالح المجتمع الفلسطيني إن شاء الله رب العالمين .

ملاحظة / الإجابات سوف تكون سرية و لأغراض البحث العلمي و إنني كباحث أتعهد لكم بذلك.

الباحث : يوسف مصطفى عوض الله

طالب ماجستير – صحة نفسية

كلية التربية – الجامعة الإسلامية

قسم الدراسات العليا

العمر : ☐ ٢٦–٣٥ سنة ☐ ٣٦ –٤٥ سنة ☐ ٤٦–٥٥ سنة ☐ ٥٦سنة فما فوق

الحالة الاجتماعية : ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلِق

عدد أفراد الأسرة : ☐ ٢–٥ ☐ ٦–٩ ☐ ١٠ فما فوق

مكان السكن : ☐ المنطقة الشمالية ☐ المنطقة الوسطى ☐ المنطقة الجنوبية

المؤهل العلمي ☐ بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه فأعلى

العمل الحالي : ☐ متطوع أو نظام الساعة ☐ مؤسسة حكومية ☐ مؤسسة وكالة الغوث ☐ مؤسسة أهلية

مكان العمل : ☐ رعاية أولية ☐ مستشفى ☐ مستوصف خيري

سنوات الخبرة ☐ ١–٤ سنوات ☐ ٥–٨ سنة ☐ ٨–١١ سنة ☐ ١٢ فما فوق

عدد سنوات التدخين : ☐ سنة

عدد السجائر المدخنة يومياً : ☐ سيجارة

أولا: مقياس القلق الصريح لجانييت تايلور

الرقم	العبارة	نعم	لا
١-	نومي يتخلله قلق ومتقطـــع		
٢-	لدي بعض المخاوف أشياء أخاف منها أكثر من أصحـــابي		
٣-	كان يمر علي أيام لا أستطيع فيها النوم أبداً بسبب الهم.		
٤-	أعتقد أنني لست عصبيا أكثر من الناس الآخرين		
٥-	نادر ما ينتابني كابوس أثناء النوم		
٦-	كثيراً ما أشعر بتعب في المعدة (مغص)		
٧-	كثيراً ما ألاحظ أن يدايَ ترتعشان عند ممارستي لعملٍ ما		
٨-	يحدث معي إسهال كثير		
٩-	مسالة المال العمل تسبب لي هما كثيرا		
١٠-	كثير ما تغم علي نفسي (غثيان)		
١١-	غالبا ما أخشى أن يظهر علي أنني مكسوف		
١٢-	دائما اشعر أني جائع		
١٣-	أنا واثق من نفسي بدرجة كبيرة		
١٤-	أنا لا أتعب بسرعة		
١٥-	عندما اضطر لانتظار حاجة أو أحد أظل عصبيا ومتننرفزا		
١٦-	ساعات أبقى متوترا لدرجة أنني أجد نفسي لا أستطيع أن أنام		
١٧-	أنا باستمرار هادئ وليس هنالك شيء يغضبني		
١٨-	تمر علي ساعات أبقى قلقا بشكل فظيع لدرجة أنني لا أستطيع أن أجلس مدة طويلة على الكرسي		
١٩-	أنا سعيد دائما في كل وقت.		
٢٠-	صعب جدا علي أن أنتبه جيداً مدة الواجب أو أثناء ممارستي لعمل ما		
٢١-	تقريبا أجد نفسي دائما أشعر بأنني قلق على حاجة أو شخص		
٢٢-	حينما أجد شكل أو عركة أو حاجة صعب أبعد عنها		
٢٣-	ليتني أظل سعيداً كباقي البشر الناس		
٢٤-	غالباً ما أجد نفسي شغلاً على حاجة ما		
٢٥-	في بعض الأحيان أشعر أني إنسان عديم الفائدة		

٢٦-	ساعات أشعر أنني اقتربت من شعور بأن " أطق ومتننرفز وزهقان "		
٢٧-	أعرق كثيراً بسهولة حتى أيام البرد		
٢٨-	الحياة بالنسبة لي دائماً تعب ومضايقة		
٢٩-	أنا مشغول دائماً وأخشى أن يحدث لي شيء سيء أو سؤ حظ		
٣٠-	أنا في العادة أخجل من نفسي وأنكسف		
٣١-	ساعات كثيراً أشعر أن قلبي يخفق بقوة و بضيق في الصدر		
٣٢-	أبكي بسهولة		
٣٣-	ساعات أخشى من أشياء أعرف أنها لا يمكن أن تضايقني أو من ناس أعرف أنهم لا يمكن أن يضايقونني		
٣٤-	أجد نفسي دائماً مهموماً بشيء ما		
٣٥-	ساعات كثيرة أشعر بصداع		
٣٦-	ساعات أظل مشغولاً ومهتماً بشكل غير طبيعي على حاجات ليست لها أهمية في الحقيقة		
٣٧-	لا أستطيع التركيز و الانتباه في حاجة واحدة		
٣٨-	سهل جداً أن أرتبك وأتلخبط عند ممارستي لعملٍ ما		
٣٩-	ساعات أعتقد إنه لا يوجد مني فائدة أبداً		
٤٠-	أنا شخص قوي جدا		
٤١-	ساعات حينما أرتبك أعرق هذا شيء يضايقني جداً		
٤٢-	أنا حساس أكثر مقارنةً بالآخرين		
٤٣-	أنا لا أشعر بالحرج أو الكسوف أبدا		
٤٤-	أنا لا أصاب باحمرار الوجه عند الكسوف		
٤٥-	أشعر أحيانا أن المشاكل والصعوبات تتجمع علي لدرجة أنني ما أتغلب عليها		
٤٦-	حينما أمارس عملاً ما أعمل وأنا متضايق جداً		
٤٧-	أنا غالباً أحلم بأشياء من الأفضل أن لا أخبر بها أحدا		
٤٨-	أنا دائماً أشعر بأن يداي و قدماي دافئة بقدر كاف		
٤٩-	ليست لدي ثقة في نفسي		
٥٠-	قليل ما يحدث معي حالات إمساك تضايقني		

ثانيا: اختبار تقدير الشخصية لرونالد –ب– رونر

الرقم	العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
١-	أضيق بالناس جميعاً				
٢-	أحب أن أجد من يشجعني حين مواجهتي لمشكلة				
٣-	أشمئز من نفسي				
٤-	أعتقد أني فاشل				
٥-	أجد صعوبة في تكوين أصدقاء حميمين و الاحتفاظ بهم				
٦-	اضطرب بسهولة حين مواجهتي لمشكلة صعبة				
٧-	أرى الكون مكانا مليء بالخطر و التهديد				
٨-	صعب علي أن أتحكم في حدة طبعي				
٩-	أحب أن يأسف الناس لحالي حينما أمرض				
١٠-	أشعر أني إنسان طيب جدير بالاحترام				
١١-	أستطيع أن أتنافس بنجاح كي أحقق ما أريد				
١٢-	صعب علي أن أكون تلقائيا في إظهار مشاعري تجاه الناس				
١٣-	أنزعج حين تضطرب الأمور				
١٤-	بشكل عام أرى أن طبيعة الحياة طيبة تعم بالخير و الأمان				
١٥-	حين أغضب أظل عبوسا				
١٦-	أفضل أن أحتفظ بمشاكلي لنفسي دون توقع شفقة من أحد				
١٧-	أشعر بأنه ليست لدي قيمة				
١٨-	يغلب علي الشعور بعجزي و عدم كفاءتي				
١٩-	علاقاتي بالآخرين تلقائية دافئة				
٢٠-	مزاجي ثابت طوال اليوم				
٢١-	أرى أن الحياة بطبيعتها مبنية على الغدر و التهديد				
٢٢-	أهزأ ممن يتصرف بغباء أو سخافة				
٢٣-	أحب أن ينشغل بي أصدقائي حين أمرض أو أتألم				
٢٤-	أشعر أنا راضٍ عن نفسي تماماً				
٢٥-	أشعر أني موفق فيما أعمل				

٢٦-	أشعر بالبعد و الانعزال عن أغلب البشر				
٢٧-	أتنكد و أشعر بالضيق دونما سببٍ واضح				
٢٨-	في نظري الحياة حلوة				
٢٩-	أحب أن أسخر و أتهكم بالآخرين				
٣٠-	أحب أن يتعاطف أصدقائي معي و يخففوا عني حين أكتئب				
٣١-	حين ألتقي بشخصٍ غريب يساورني الاعتقاد بأنه أفضل مني				
٣٢-	أشعر بالاكتئاب لعدم قدرتي على معالجة مواقف متنوعة				
٣٣-	سهل علي أن أظهر محبتي لمن يهمني أمرهم				
٣٤-	هناك أمور تثير أعصابي بشكل غير محتمل رغم علمي بتفاهتها				
٣٥-	أعتقد أن العالم مكان قلق لا يؤمن العيش فيه				
٣٦-	حين يشتد غضبي أقذف بالأشياء و أحطمها				
٣٧-	أحب أن أجد من يشجعني حين أفشل				
٣٨-	تعجبني نفسي كما هي عليه				
٣٩-	أنا واثق من قدرتي على مواجهة ما يطرأ من أمور يومية				
٤٠-	أجد صعوبة في التعبير عن حقيقة مشاعري تجاه الآخرين				
٤١-	يمكنني أن أتحمل كثير من الإحباط دون أن أثور أو أنزعج				
٤٢-	أرى أن العالم مكان طيب مليء بالسعادة				
٤٣-	أنتقم لنفسي إذا أهانني أحد أو جرح مشاعري				
٤٤-	أفضل أن أعالج الصعوبات بنفسي دون أن أنتظر تشجيعا				
٤٥-	أشعر أني عديم الفائدة				
٤٦-	أنا غير راضٍ عن نفسي إذ أشعر أني لست كفؤاً كمعظم من أعرفهم				
٤٧-	أشعر بالارتباك و الحرج حين أحاول أن أظهر حقيقة مشاعري لشخص أميل إليه				
٤٨-	العقبات البسيطة تجعلني أضطرب كثيرا				
٤٩-	أرى أن الحياة مليئة بالأخطار				

٥٠-	أشعر برغبة في أن أضرب شخصاً أو شيئاً ما				
٥١-	أحب أن يتعاطف الناس معي حين أمر بمشاكل				
٥٢-	أشعر أن أقل من الآخرين في معظم النواحي				
٥٣-	أشعر أني قادر و كفؤ كمعظم من حولي				
٥٤-	أنا رقيق و حنون مع من أحبهم				
٥٥-	لحظة أكون مبتهجاً سعيداً و أخرى أكون عبوساً و غير راضٍ				
٥٦-	أشعر أن الحياة بهيجة				
٥٧-	يخطر ببالي أن أتشاجر أو أتصرف بخسة مع الآخرين				
٥٨-	أحب أن يُظهر لي أصدقائي كثيراً من المودة و الحب				
٥٩-	أتمنى لو كنت أحترم نفسي أكثر من ذلك				
٦٠-	أشعر بعدم كفاءتي في كثيرٍ مما أحاول أن أفعله				
٦١-	أتجنب إقامة علاقاتٍ وثيقة مع الآخرين				
٦٢-	بإمكاني أن أحتفظ بهدوئي حين أتعرض لتوتر عصبي بسيط				
٦٣-	أرى أن الدنيا مكان آمن و بهيج نحيا فيه				

ملحق رقم (٢)

المحكمون في الاستبانة :

م	الاسم	مكان العمل	المنصب
١	د. عايش سمور	وزارة الصحة	مدير دائرة الصحة النفسية
٢	أ. سامي علي	وزارة الصحة	مدير التمريض بدائرة الصحة النفسية
٣	د. عماد كحيل	جامعة الأزهر	محاضر بالجامعة
٤	د. تيسير دياب	برنامج غزة للصحة النفسية	مدير العيادات
٥	أ. صالح أبو حطب	برنامج غزة للصحة النفسية	معالج نفسي و محاضر بالجامعة
٦	د. سامي أبو إسحاق	جامعة القدس المفتوحة	محاضر بالجامعة
٧	أ. علاء الدين جربوع	جامعة القدس المفتوحة	محاضر بالجامعة

ملحق رقم (٣)

الاستبانة في صورتها النهائية بعد التحكيم

بسم الله الرحمن الرحيم

الزميل الطبيب الكريم :

السلام عليكم و رحمة الله و بركاته

يقوم الباحث : يوسف مصطفى عوض الله بإجراء دراسة ميدانية بعنوان " التدخين و أثره على مستوى القلق و بعض سمات الشخصية للأطباء المدخنين في قطاع غزة " و ذلك للحصول على درجة الماجستير تخصص " صحة نفسية " من كلية التربية بالجامعة الإسلامية .

نرجو منكم التعاون معنا لإنجاح هذه الدراسة و التي سوف يكون مردودها لصالح المجتمع الفلسطيني إن شاء الله رب العالمين .

ملاحظة/الإجابات سوف تكون سرية و لأغراض البحث العلمي و إنني كباحث أتعهد لكم بذلك .

الباحث : يوسف مصطفى عوض الله

طالب ماجستير – صحة نفسية

كلية التربية – الجامعة الإسلامية

قسم الدراسات العليا

العمر : ☐ ٢٦-٣٥ سنة ☐ ٣٦ -٤٥ سنة ☐ ٤٦-٥٥ سنة ☐ ٥٦سنة فما فوق

الحالة الاجتماعية :☐ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق

عدد أفراد الأسرة : ☐ ٢-٥ ☐ ٦-٩ ☐ ١٠ فما فوق

المؤهل العلمي : ☐ بكالوريوس☐ ماجستير ☐ دكتوراه فأعلى

العمل الحالي:☐ متطوع أو نظام الساعة ☐ مؤسسة حكومية ☐ مؤسسة وكالة الغوث ☐ مؤسسة أهلية

سنوات الخبرة :☐ ١-٤ سنوات ☐ ٥-٨ سنة ☐ ٨-١١ سنة ☐ ١٢ فما فوق

عدد سنوات التدخين : ☐ سنة

عدد السجائر المدخنة يومياً : ☐ سيجارة

الرقم	العبارة	نعم	لا
١-	نومي يتخلله قلق ومتقطـــع		
٢-	لدي بعض المخاوف من أشياء أكثر من أصحـــابي		
٣-	كان يمر علي أيام لا أستطيع فيها النوم أبداً بسبب الهم.		
٤-	كثيراً ما أشعر بتعب في المعدة (مغص)		
٥-	كثيراً جداً ما ألاحظ أن يدايَ ترتعشان عند ممارستي لعملٍ ما		
٦-	يحدث معي إسهال كثير		
٧-	مسالة المال و العمل تسبب لي هما كثيرا		
٨-	كثير ما تغم علي نفسي (أشعر بالغثيان)		
٩-	غالبا ما أخشى أن يظهر علي أنني مكسوف		
١٠-	دائما اشعر أني جائع		
١١-	ساعات أبقى متوتر لدرجة أنني أجد نفسي لا أستطيع النوم		
١٢-	أنا باستمرار هادئ و لا يوجد شيء يغضبني		
١٣-	تمر علي ساعات أبقى قلقا بشكل فظيع لدرجة أنني لا أستطيع أن أجلس مدة طويلة على الكرسي		
١٤-	صعب جدا علي أن أنتبه جيداً مدة الواجب أو أثناء ممارستي أي عمل		
١٥-	تقريبا تجدني دائما أشعر بأنني قلق على حاجة أو شخص		
١٦-	حينما أجد مشكلة أو عراك أو حاجة أجد نفسي من الصعب الابتعاد عنها		
١٧-	غالباً ما أجد نفسي مشغولاً في مسألةٍ ما		
١٨-	في بعض الأحيان أشعر أني إنسان عديم الفائدة		
١٩-	أعرق كثيراً بسهولة حتى أيام البرد		
٢٠-	الحياة بالنسبة لي دائماً تعب ومضايقة		
٢١-	أنا دائماً مشغول وخائف أن يحدث لي مصيبة		
٢٢-	أنا في العادة اخجل من نفسي وأنكسف		
٢٣-	ساعات كثيراً أشعر أن قلبي يخفق بقوة و بضيق في الصدر		
٢٤-	أبكي بسهولة		
٢٥-	ساعات أخاف من أشياء أو ناس على الرغم أنني أعرف أنهم لا يمكن أن يضايقونني		

٢٦-	أجد نفسي دائماً مهموماً بشيء ما		
٢٧-	ساعات كثيرة أشعر بصداع		
٢٨-	ساعات أظل مشغولاً ومهتماً بشكل غير طبيعي على حاجات ليست لها أهمية لي		
٢٩-	لا أستطيع التركيز و الانتباه في شيءٍ واحدٍ فقط		
٣٠-	سهل جداً أن أرتبك وأتلخبط عند ممارستي لعملٍ ما		
٣١-	ساعات أعتقد إنه لا يوجد مني فائدة أبداً		
٣٢-	ساعات حينما أرتبك أعرق و هذا شيء يضايقني جداً		
٣٣-	أنا لا يحدث لي احمرار بالوجه عند الكسوف على الإطلاق		
٣٤-	اشعر أحيانا أن المشاكل والصعوبات تتجمع علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها		
٣٥-	حينما أمارس عملاً ما أعمل وأنا متضايق جداً		
٣٦-	أنا غالباً أحلم بأشياء أفضّــل أن لا أخبر بها أحدا		
٣٧-	أنا دائماً أشعر بأن يداي و قدماي دافئة بقدر كاف		
٣٨-	ليست لدي ثقة في نفسي		

الرقم	العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
١-	أتضايق من كل الناس				
٢-	أشمئز من نفسي (قرفان)				
٣-	أعتقد أني فاشل				
٤-	أجد صعوبة في تكوين أصدقاء حميمين و الاحتفاظ بهم				
٥-	اضطرب بسهولة حين أواجه مشكلة صعبة				
٦-	أرى الكون مكانا مليئاً بالخطر و التهديد				
٧-	صعب علي أن أتحكم في حدة طبعي				
٨-	أحب أن يشعر الناس بحالي حينما أمرض				
٩-	أشعر أني إنسان طيب جدير بالاحترام				
١٠-	يمكنني أن أتنافس بنجاح كي أحقق ما أريد				
١١-	أنزعج حين تضطرب الأمور				
١٢-	بشكل عام أرى أن طبيعة الحياة طيبة تعم بالخير و الأمان				
١٣-	أفضل أن أحتفظ بمشاكلي لنفسي دون توقع شفقة من أحد				
١٤-	أشعر بأنه ليست لدي قيمة				
١٥-	يغلب علي الشعور بعجزي و عدم كفاءتي				
١٦-	أرى أن الحياة بطبيعتها مبنية على الغدر و التهديد				
١٧-	أهزأ ممن يتصرف بغباء أو سخافة				
١٨-	أحب أن ينشغل بي أصدقائي حين أمرض أو أتألم				
١٩-	أشعر بالرضا عن نفسي تماماً				
٢٠-	أشعر أني موفق فيما أفعل				
٢١-	أشعر بالبعد و الانعزال عن أغلب البشر				
٢٢-	أتنكد و أشعر بالضيق دونما سببٍ واضح				
٢٣-	في نظري الحياة حلوة				
٢٤-	أحب أن أسخر و أتهكم بالآخرين				
٢٥-	أحب أن يتعاطف أصدقائي معي و يخففوا عني حين أكتئب				
٢٦-	حين ألتقي بشخصٍ غريبٍ أظن أنه أفضل مني				
٢٧-	أشعر بالاكتئاب لعدم قدرتي على معالجة مواقف متنوعة				
٢٨-	هناك أمور تثير أعصابي بشكل غير محتمل رغم علمي				

	بتفاهتها				
-٢٩	أعتقد أن العالم مكان قلق لا يؤمن العيش فيه				
-٣٠	حين يشتد غضبي أقذف بالأشياء و أحطمها				
-٣١	تعجبني نفسي كما هي عليه				
-٣٢	أنا واثق من قدرتي على مواجهة ما يطرأ من أمور يومية				
-٣٣	أجد صعوبة في التعبير عن حقيقة مشاعري تجاه الآخرين				
-٣٤	أرى أن العالم مكان طيب مليء بالسعادة				
-٣٥	أنتقم لنفسي إذا أهانني أحد أو جرح مشاعري				
-٣٦	أفضل أن أعالج الصعوبات بنفسي دون أن أنتظر تشجيعا				
-٣٧	أشعر أني عديم الفائدة				
-٣٨	أنا غير راضٍ عن نفسي إذ أشعر أني لست كفؤاً كمعظم من أعرفهم				
-٣٩	أشعر بالارتباك و الحرج حين أحاول أن أظهر حقيقة مشاعري لشخص أميل إليه				
-٤٠	العقبات البسيطة تجعلني أضطرب كثيرا				
-٤١	أرى أن الحياة مليئة بالأخطار				
-٤٢	أشعر برغبة في أن أضرب شخصاً أو شيئاً ما				
-٤٣	أحب أن يتعاطف الناس معي حين أمر بمشاكل				
-٤٤	أشعر أنني أقل من الآخرين في معظم النواحي				
-٤٥	أشعر أني قادر و كفؤ كمعظم من حولي				
-٤٦	أنا رقيق و حنون مع من أحبهم				
-٤٧	لحظة أكون مبتهجاً سعيداً و أخرى أكون عبوساً و غير راضٍ				
-٤٨	أشعر أن الحياة بهيجة				
-٤٩	يخطر ببالي أن أتشاجر أو أتصرف بخسة مع الآخرين				
-٥٠	أتمنى لو كنت أحترم نفسي أكثر من ذلك				
-٥١	أشعر بعدم كفاءتي في كثيرٍ مما أحاول أن أفعله				
-٥٢	أتجنب إقامة علاقاتٍ وثيقة مع الآخرين				
-٥٣	أرى أن الدنيا مكان آمن و بهيج نحيا فيه				

- The study showed no significant difference ($\propto <.05$) in anxiety and personality traits related to social case , the number of family member , scientific qualification or the experience or the years number of smoking or the number of cigarettes .

Recommendations :

- Hospitals and medical centers should know the main reasons that lead the physician to smoke to find a good scientific way to treat those reasons.
- Ministry of Health should punish every physician who tries to smoke at the hospital awards.

Suggestions :

- The study highlighted the need of a survey to evaluate the problem among the physicians .
- More studies should focus on smoking and its relations with the functional performance of the smoker physicians of the Gaza Strip .

Abstract

Smoking and its relation with anxiety and some personality traits of smoker physicians in the Gaza Strip

This study is one of the first studies that focused on the problems that smoker physicians in the Gaza Strip feel and those problems display themselves through mental , physical and social changes.

Understanding the reasons of anxiety of those physicians will help in adjusting their behavior to harmonize with the social and Islamic morals and it will help him to be creative and effective in his work.

The purpose of the study was to :

- Find out the smoking effect on some personality , such as , aggression , depression of the smoker physicians of the Gaza Strip medical centers .
- Find out the healthy , economical , social and mental disadvantages that result from smoking .
- Assisting the smoker physicians to reduce the anxiety level which is caused by smoking
- Helping the smoker physicians to diminish the negative effects that result from smoking .
- Offering some advice for the sorer physicians to give up smoking .

Sample:

The study sample consisted of (186) smoker physicians.

Tools:

- Anxiety measurement (constructed by Janet Taylor).
- Personality assessment measurement (constructed by Bruner).

Statistics :

- One way Anova.
- T . test .
- Pearson correlation .

Results :

- Anxiety level of Gazian smoker physicians is about 71.72%

Islamic University – Gaza
Dean Of Higher Studies
Faculty of Education
Psychology Department

Smoking and its relation with anxiety and some personality traits of smoker physicians in the Gaza Strip

Thesis submitted for Master Degree

By
Yosef Mustafa Salama Awadallah

Supervisor
Atef Othman Alagha

Thesis submitted to faculty of Education in The Islamic University for the Master Degree in psychology.

January 2008